

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/USF Dr. Albino
Couto, São Gabriel da Cachoeira, AM**

Lex Cervera Estrada

Pelotas, 2015

Lex Cervera Estrada

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/USF Dr. Albino
Couto, São Gabriel da Cachoeira, AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador (a): Rosângela de Leon Veleza de Souza

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

E82m Estrada, Lex Cervera

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/USF Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira, AM / Lex Cervera Estrada; Rosangela De Leon Veleda de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

88 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Souza, Rosangela De Leon Veleda de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

As pessoas com quem amo partilhar a vida.

Agradecimentos

À minha família, pela segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e apoio constante.

À professora orientadora Rosângela de Leon Veleza de Souza por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo das supervisões das minhas atividades.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximo de mim.

E não deixando de agradecer de forma grata e grandiosa ao governo e povo do Brasil.

Resumo

CERVERA ESTRADA, Lex. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/USF Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira, AM.** 2015. 88f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho é o resultado da identificação na unidade de saúde de dificuldades nas ações do Programa de Saúde do Idoso para garantir o atendimento dirigido intensamente na preservação da funcionalidade, de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida dos senescentes. O objetivo principal é melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Dr. Albino Couto, do município São Gabriel da Cachoeira, AM. O projeto foi desenvolvido em três meses com a participação da equipe de saúde de Areal para atingir 248 usuários idosos da área de abrangência; utilizando para a coleta de dados as fichas espelhos, escalas avaliativas do Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do Ministério de Saúde. Foram realizadas ações dentro dos quatro eixos proposto de monitoramento e avaliação, gestão e organização, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os resultados apontaram que a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso alcançou 97,2% (241) e em relação aos indicadores de qualidade a proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia alcançou 64,4% (58 usuários dos 90 cadastrados), foi realizada em 100% dos idosos a Avaliação Multidimensional Rápida, exame clínico apropriado, cadastro e visita domiciliar dos 20 usuários acamados, verificação da pressão arterial na última consulta, hipertensos com rastreamento para diabetes, mapeamento dos usuários idosos para avaliação de risco para morbimortalidade, assim como a avaliação para fragilização na velhice e avaliação de rede social familiar. Foi alcançado o objetivo de promover saúde em 100% dos usuários idosos e as metas de oferecer na totalidade dos senescentes orientação nutricional para hábitos saudáveis, sobre prática de atividade física regular e cuidados com a saúde bucal. O percentual de senescentes com primeira consulta odontológica foi deficiente em 97 usuários (40,0%), a proporção dos usuários idosos com Caderneta da Pessoa Idosa ao final da intervenção foi de 17,0% e a proporção de usuários idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada foi de 1,2%. Observamos nos resultados que alcançamos uma proporção de 100% na busca ativa dos 99 usuários faltosos à consulta programática atingidas pelos ACS. Dessa forma, acredita-se que a realização deste trabalho tem grande valia para melhorar a atenção da saúde dos usuários idosos.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

Lista de Figuras

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1 | Fotografia: Representação gráfica do Brasil e localização do município. | 11 |
| Figura 2 | Fotografia: Cidade de São Gabriel da Cachoeira/AM | 12 |
| Figura 3 | Fotografias: Unidades de saúde do município São Gabriel da Cachoeira | 12 |
| Figura 4 | Fotografia: UBS Dr. Albino Couto | 13 |
| Figura 5 | Fotografia: Estrutura interna da UBS. Dr. Albino Couto | 14 |
| Figura 6 | Fotografia: Cultura e tradições da população indígena | 16 |
| Figura 7 | Fotografia: Capacitação dos profissionais da equipe de saúde no programa de saúde do idoso. UBS Dr. Albino Couto. | 43 |
| Figura 8 | Fotografia: Profissionais da equipe de saúde da unidade de saúde recebendo capacitação no programa de saúde do idoso. UBS Dr. Albino Couto. | 43 |
| Figura 9 | Fotografia: Busca ativa dos usuários idosos faltosos. | 44 |
| Figura 10 | Fotografia: Avaliação dos parâmetros clínicos dos usuários idosos pela técnica de enfermagens em triagem. | 44 |
| Figura 11 | Fotografia: Atividades de educação em saúde dos usuários idosos. | 45 |
| Figura 12 | Gráfico: Evolução mensal do indicador de cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso na unidade de saúde. UBS Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira – AM. | 50 |
| Figura 13 | Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção de usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia. UBS Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira – AM. | 53 |

- Figura 14 Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção 54
de usuários idosos com prescrição de medicamentos
em Farmácia Popular priorizada. UBS Dr. Albino
Couto, São Gabriel da Cachoeira – AM.
- Figura 15 Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção 56
de usuários idosos com avaliação das necessidades
de atendimento odontológico. UBS Dr. Albino Couto,
São Gabriel da Cachoeira – AM.
- Figura 16 Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção 57
de usuários idosos com primeira consulta odontológica
programática. UBS Dr. Albino Couto, São Gabriel da
Cachoeira – AM.
- Figura 17 Gráfico: Evolução mensal do indicador de proporção 59
de usuários idosos com Caderneta de Saúde da
Pessoa Idosa. UBS Dr. Albino Couto, São Gabriel da
Cachoeira – AM.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

| | |
|--------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atendimento Psicológico e Social |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| COVISA | Centro de Vigilância Sanitária |
| CREAM | Centro de Referência Especializada Ambulatorial |
| DM | Diabetes Mellitus |
| ECG | Eletrocardiograma |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia da Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ISA | Instituto Socioambiental |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à saúde da Família |
| PA | Pressão Arterial |
| PMMB | Programa Mais Médicos para o Brasil |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SEMSA | Secretaria Municipal de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPeI | Universidade Federal de Pelotas |
| USG | Ultrassonografia |

Sumário

| | |
|---|----|
| 1. Análise Situacional..... | 10 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS..... | 10 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional..... | 11 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional | 21 |
| 2. Análise Estratégica | 22 |
| 2.1 Justificativa | 22 |
| 2.2 Objetivos e metas | 25 |
| 2.2.1 Objetivo geral..... | 25 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas | 25 |
| 2.3 Metodologia | 27 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações | 27 |
| 2.3.2 Indicadores | 32 |
| 2.3.3 Logística | 37 |
| 2.3.4 Cronograma..... | 41 |
| 3 Relatório da Intervenção | 42 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas | 43 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas | 45 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados | 46 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços..... | 47 |
| 4 Avaliação da intervenção | 49 |
| 4.1 Resultados | 49 |
| 4.2 Discussão | 61 |
| 5 Relatório da intervenção para gestores..... | 64 |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade..... | 69 |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem | 72 |
| Referências | 75 |
| Anexos | 77 |
| Anexo A - Documento do comitê de ética | 78 |
| Anexo B - Planilha de coleta de dados | 79 |
| Anexo C - Ficha espelho..... | 85 |
| Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias..... | 87 |

Apresentação

Este trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas que teve seu início no mês junho do 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de junho do 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso aqui apresentado, descreve o planejamento das ações da equipe da UBS na melhora da atenção à saúde da pessoa idosa. A organização do trabalho da equipe utiliza como base o protocolo do Ministério da Saúde e Manual Técnico de Envelhecimento; o volume está organizado em sete unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados e discussão da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quarta e quinta parte apresenta o relatório para os gestores e para a comunidade. Uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem apresenta-se na sétima parte e finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde Dr. Albino Couto localizada no bairro Areal no município São Gabriel da Cachoeira presta atendimento como unidade de atenção primária com a incorporação de profissionais médicos do Programa “Mais Médicos”; organizado em duas equipes de saúde e a participação de outros profissionais que prestam atendimento a uma população extensa.

A UBS tem uma estrutura conformada por: consultórios médicos, consultórios de enfermagem, sala de triagem, sala de reuniões, sala de vacina, consultório odontológico com duas cadeiras odontológicas, farmácia, sala de ECG, USG, copa e sala de ACS. Além disso, contamos com um núcleo de telessaúde que ainda não está em operação.

Fazemos atendimento médico de segunda a sexta-feira com sua respeitada planificação de visita domiciliar, nos turnos manhã e tarde; os serviços de odontologia são feitos no horário de manhã, tarde ou noite de acordo a demanda dos usuários. O atendimento médico nos dois turnos é por demanda espontânea e agendada, com uma média de doze a quinze atendimentos por turno. As consultas atingem: puericultura, controle pré-natal, atendimento a usuários com doenças crônicas, atendimentos a mulheres, idosos e atividades de promoção e prevenção de saúde.

A UBS conta com serviços de apoio com poucos especialistas: somente em ginecologia, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e ortopedia e destes se recebe atendimento irregular. Não contamos com serviço de pediatria, nutricionista e outros especialistas que integram o CAPS e o NASF. Temos um Hospital Regional Militar para atendimentos as urgências, onde empresta serviço de cirurgia. Os exames laboratoriais e de imagem simples são garantidos; os usuários que precisam de

atendimento especializado são encaminhados para Manaus, mais tem muitas demoras. As doenças predominantes são hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hiperlipoproteinemia, Malária, Dengue, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Poliartropatias. A equipe trabalha para melhorar a saúde da população focado principalmente as atividades de promoção e prevenção de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

São Gabriel da Cachoeira é um município (**Figura 1**) do interior do estado do Amazonas; distante a 850 km de Manaus, capital do estado, e está às margens do Rio Negro (**Figura 2**). Sua área é de 109 185 quilômetros quadrados (IBGE, 2013).



Figura 1: Representação gráfica do Brasil e localização do município.
Fonte: INTERNET, 2015

De acordo com as estimativas de 2014 sua população é de 41 575 habitantes; distribuídos tanto na zona rural quanto na urbana. A população da área rural se distribui em cerca de 600 comunidades indígenas (ISA, 2014). No município nove entre dez pessoas são indígenas. Em relação à estrutura de saúde está formada por quatro UBS e seis unidades de saúde nos distritos sanitários indígenas das áreas rurais.

Inclui também a SEMSA e outras unidades de saúde (**Figura 3**): o CREAM, uma Unidade Hospitalar de Guarnição, CEO, Laboratório de Próteses Dentária, CAPS, COVISA, Farmácia Popular e disponibilidade de NASF. O município conta com poucas especialidades, limitada a: cirurgia, ortopedia, ginecologia, nutrição, psicologia e fisioterapia.



Figura 2: Vista aérea da Cidade de São Gabriel da Cachoeira.
Fonte: IMAGEM, 2014.

O restante das especialidades os usuários são encaminhados para capital do estado. Os exames laboratoriais de rotina, não especializado e de imagem radiográficos simples, ECG e citopatológico são garantidos mas, recentemente iniciou a realização de exames ultrassonográficos, mamografia e tomografia, porém, não conta com recursos humanos especializados para garantir informações das mamografias e tomografias. Existem muitas demandas de exames complementares especializados e outros exames para atendimento básico de saúde dos usuários.



Figura 3: Unidades de saúde do município São Gabriel da Cachoeira.
Fonte: IMAGEM, 2014.

Minha UBS Dr. Albino Couto (modelo de atenção ESF) é a maior unidade do município é uma construção nova e está situada na área norte do município no bairro Areal (**Figura 4**). Tem duas equipes, cada uma formada por: uma enfermeira, um médico de família, dois técnicos de enfermagem, oito ACS, um dentista, um técnico de consultório dentário e um gestor de central ou administrativo. Além destes integrantes das equipes, existem outros profissionais que garantem o funcionamento

da unidade de saúde: técnico administrativo, recepcionista, auxiliar de farmácia, técnico de laboratório de endemia, agentes de segurança e auxiliar de serviços gerais ou de limpeza. Fazemos atendimento de segunda a sexta-feira com sua respeitada planificação de visita domiciliar, nos turnos de manhã e tarde. O atendimento médico nos dois turnos é por demanda espontânea e atendimento por consulta agendada.



Figura 4: fotografia da UBS Dr. Albino Couto
Fonte: IMAGEM, 2014.

A estrutura física da unidade (**Figura 5**) consta de uma recepção com capacidade para acolher 30 usuários, dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, sala de triagem onde são feitos procedimentos e atendimentos, laboratório de malária, sala de reuniões, sala de vacina, consultório odontológico com duas capacidade, uma farmácia, uma sala de ECG e USG, copa, banheiros para usuários e uma sala para ACS. Contamos com um núcleo de tele saúde que ainda não está em operação. A construção da UBS correspondeu a necessidade de assegurar que a população desfrute do direito de assistência equiparando a oferta de saúde com a demanda de usuários.

A unidade cumpre com a estrutura física estabelecida: espaços adequados, integração com o entorno, não há impacto ambiental em sua construção, ventilação adequada, mobiliário confortável, iluminação apropriada, teto, pisos, portas, paredes, janelas, bancadas adequadas, áreas externas protegidas; cumprindo com as condições estabelecidas na proteção das pessoas: existem rampas alternativas, piso regular, calçadas aceitáveis, disponibilidade de cadeiras de rodas e sinalização adequada.



Figura 5: Estrutura interna da UBS. Dr. Albino Couto. Fonte: IMAGEM, 2014

Além de que esta unidade básica de saúde é de um novo projeto e as deficiências são mínimas. Neste sentido, existem apenas alguns aspectos físicos e materiais que atrapalham o desenvolvimento do trabalho, tais como: o consultório médico não dispõe de banheiros, as redes sanitárias não tem sistema de tratamento, os banheiros são pequenos e não garantem o acesso a cadeirantes.

Em relação a disponibilidade de materiais e equipamentos a unidade possui algumas necessidades que dizem respeito ao número insuficiente de antropômetro e balanças para adultos e crianças; assim como foco de luz, glicômetros, mesa ginecológica, negatoscopio, otoscópio, pinças para procedimentos de enfermagem, tensiometro, termômetros, oftalmoscópio, autoclaves, material e instrumental para sutura.

A necessidade de realização de um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumental, mobiliário e outros materiais de consumo, fazer revisão periódica de calibragem de aparelhos, disponibilidade de telefonia própria, insumos de câmara fotográfica, filmadora, necessidade de conexão à internet, de prontuários eletrônicos, abastecimento regular de materiais e medicação, assim como a disponibilidade de meios de locomoção são limitações apresentadas pela unidade.

Em relações as estratégias e possibilidade de enfrentamento a estas necessidades e limitações que atrapalham o desenvolvimento do trabalho consideram que na UBS são feitas estratégias de trabalho para garantir a disponibilidade mínima

e indispensável de recursos. A política da secretaria de saúde contempla a reposição de equipamentos, mobiliário e instrumentos de acordo com os recursos financeiros que dispõe a qual tem avaliação periódica pelo diretivo principal da unidade de saúde. O acesso à internet é considerado, muito importante e uma das principais necessidades elencadas. O restante das deficiências encontradas se fazem alternativas que permitem complementar as atividades mediante a planificação das ações pela equipe.

Na UBS a maioria das normas, diretrizes e atribuições das equipes tem cumprimento adequado para garantir a satisfação da população com os serviços de saúde que tanto demandam os usuários. O desenvolvimento das ações a indivíduos, famílias e grupos de risco, o processo de acolhimento, a garantia de atenção integral de acordo aos recursos disponíveis, a continuidade dos serviços, a organização da atenção domiciliar, o desenvolvimento de atividades educativas, a pesquisa e notificação de doenças, as funções dos profissionais e integrantes da equipe de saúde, o protagonismo e compromisso dos diferentes sujeitos implicados na produção da saúde são alguns destes exemplos. Mesmo assim, identifico alguns aspectos negativos ou limitações com impacto na atenção à saúde da população tais como, número insuficiente de ações Inter setoriais e de fortalecimento da gestão local (não existe um Conselho Local de Saúde e de gestão participativa), atividades insuficientes de pesquisa de doenças, não disponibilidade para fazer pequenas cirurgias, irregularidade das reuniões da equipe de saúde e dos temas a tratar, dificuldade na preparação técnica e profissionais dos integrantes da equipe (ACS) que promovem atividades de educação a população, dificuldade na qualidade das visitas domiciliares e no planejamento das ações da equipe e protagonismo de todos os sujeitos implicados na assistência à saúde prestada pela equipe.

As dificuldades relacionadas anteriormente determinam limitações no processo de trabalho da equipe de saúde e atendimento médico da UBS em relação a qualidade na prestação dos serviços, a satisfação de todos os integrantes da equipe na realização de seu trabalho, a continuidade na prestação dos serviços, a qualidade nas atividades de educação em saúde, limitações no planejamento das atividades e cumprimento das atividades planejadas a economia dos recursos e satisfação dos usuários. No entanto, deve ser considerado que esta organização do trabalho é um processo novo, por tanto o planejamento das ações com participação comunitária e a capacitação de toda a equipe é a prioridade atual.

A organização na UBS tem relacionamento com a população adstrita; de acordo ao último análise situacional feito do 2014. O número de habitantes total é de 8217. Compreende demograficamente 4063 habitantes, do sexo masculino e 4154 do sexo feminino na maioria indígenas, (**Figura 6**).



Figura 6: Cultura e tradições da população indígena. Fonte: INTERNET, 2015.

De acordo com o grupo etário a população é distribuída em: 2691 mulheres em idade fértil, 1740 mulheres entre 25 a 64 anos, 404 mulheres entre 50 a 69 anos, 96 menores de 1 ano, 346 menores de 5 anos, 1850 pessoas de 5 a 14 anos, 4995 pessoas de 15 a 59 anos e 470 de 60 e mais anos de idade. Temos duas equipes e cada um atende uma população aproximada de 4000 habitantes.

A UBS garante mecanismos que assegurem a acessibilidade e o acolhimento dos usuários com uma lógica organizacional que otimize este princípio, empenhando-se em construir cada dia mais estratégias que promovam mudanças na rotina dos serviços. Atualmente não tem excesso de demanda espontânea; apesar disso, existem reclamações de usuários quanto a dificuldade na organização, em ocasiões na porta de entrada persistam entraves burocráticos antigos, que funcionam como obstáculos ao acesso de usuários e de modelos de atendimentos centrados na consulta médica.

Identifico também como necessidade melhorar a avaliação de risco e vulnerabilidade por toda a equipe de saúde e concretizar a ampliação da capacidade clínica e de cuidado da equipe, as quais ainda não permitem total prestação dos serviços em correspondência nas necessidades da população. A segunda necessidade é fundamental pois, requer que a prestação não somente seja concentrada por atendimento médico.

A capacitação e organização da equipe demonstra constituir prioridade de nosso trabalho. A atenção básica na UBS realiza um conjunto de ações em prol da saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo dirigida a diferentes grupos: criança, gestantes, saúde reprodutiva da mulher (planejamento familiar), prevenção do câncer de colo de útero e do câncer de mama, atenção aos usuários com doenças crônicas (HAS e DM) e saúde dos idosos.

As ações de atenção à **saúde da criança** se constituem no serviço em medidas de atenção, promoção e proteção de acordo com as suas características, possibilitando o crescimento e o desenvolvimento adequados para uma vida adulta saudável nas consultas e trabalho de grupo. Temos uma cobertura de 50 (60%) crianças menores de 1 ano cadastradas pela equipe de saúde. As ações desenvolvidas neste grupo são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental e bucal, imunização, prevenção de anemia, prevenção de violência, teste de pezinho, promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental e promoção de aleitamento materno. Em relação à cobertura da atenção à saúde da criança é baixa, de acordo as estimativas dadas pelo CAP temos um 74% de cobertura; o número de atendimento em dia é cumprida em 80%, a realização e registro no prontuário do teste do pezinho até sete dias somente é de um 39%, a realização da primeira consulta nos primeiros sete dias de vida preenchida é de 52%, e monitoramento de desenvolvimento e vacinação em dia em 89%. Identifica-se que na área não tem como fazer triagem auditiva, mas a avaliação clínica geral das crianças permite a identificação pronta de alguma deficiência auditiva.

A equipe dá atendimento a 51 **gestantes** cadastradas pela equipe (62%) de acordo aos dados apresentados no caderno de ações programática; a atenção a gestantes é realizada no serviço da UBS por atividade de: atendimento pré-natal (duas vezes por semana), diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de saúde bucal e mental, vacinação, planejamento familiar, trabalho de grupo e as atividades de educação em saúde neste grupo. No processo de qualidade pré-natal é acolhido dificuldades principalmente no início do deste período, onde são identificadas dificuldades relativas ao desconhecimento das gestantes que não fazem acompanhamento pela equipe de saúde na UBS; das acompanhadas pela equipe o 71% iniciam pré-natal no primeiro trimestre, existem 92% de grávidas com consulta em dia. Outras dificuldades são identificadas como

demoras na realização de exames laboratoriais, não possibilidade de fazer estudo ultrassonográfico, assim como limitações no atendimento e avaliação por especialidades e avaliação da saúde bucal das gestantes.

As ações de saúde dirigidas a **prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama** são prioridades no trabalho dos profissionais da equipe de saúde da UBS. As mulheres acompanhadas para prevenção do câncer de colo de útero e para prevenção do câncer de mama representam somente metade das estimativas do CAP (54%). As ações da prevenção do câncer do colo de útero embora os indicativos baixos, está melhor organizada; o exame citopatológico em dia representa um 63% numericamente, mas desconhecisse as mulheres que fazem, as faltosas ou que nunca fizeram; existem mulheres com citologia alterada não acompanhadas pela equipe. As ações da prevenção do câncer de mama têm muitas dificuldades, pois não é feita como programa; no protocolo estabelecido pelo MS não é cumprido. No município não tem disponibilidade de fazer estudos a toda mulher deste grupo etário e principalmente as mulheres com risco. Somente tem cumprimento das ações de exame físico de mama por médicos de medicina familiar. As mulheres identificadas com risco ou doenças de mama são encaminhadas a serviços especializados na capital do estado, que na maioria tem demoras excessivas até mais de seis meses. Existem também dificuldades no sistema de contra referência à UBS o que não permite preencher todos os dados. Os serviços de ginecologia no município tornassem muitos irregulares.

Outras ações realizadas na unidade é na atenção a usuários com doenças crônicas como **HAS e DM** em consulta médica ou visita domiciliar. Identificamos nos registros da unidade de saúde o cadastro de 59 pacientes (71%) com HAS e 25 (30%) com DM. As ações de atenção que são realizadas nosso serviço incluem: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal e mental, imunização, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo, assim como ações de promoção de hábitos alimentares saudáveis, atividade física, saúde bucal e mental. Neste grupo os usuários com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS com HAS e DM representam baixo percentual em relação às estimativas da população da área de abrangência da UBS (26% para a HAS e 38% para a DM). Existem muitos usuários não pesquisados, identificados e registrados ou cadastrados como hipertensos e diabéticos. Os ACS não tem possibilidade de registrar a verificar a PA de todos os

usuários cadastrados e muitos usuários não conhecem ser hipertensos ou diabéticos, além de não apresentar sintomas. Existem usuários hipertensos e diabéticos que não tem estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (76%) e atraso das consultas agendadas em mais de sete dias (65%). Também existem usuários com atrasos na realização dos exames laboratoriais (73%).

As ações de **saúde bucal** estão integradas à demais ações de saúde da Unidade Básica de Saúde e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissionais e interdisciplinar. O serviço de atenção estomatológica está integrado às equipes de saúde da unidade; oferece atendimento todos os dias no horário de manhã, tarde e noite de acordo à programação estabelecida. Tem disponibilidade de duas cadeiras odontológicas, com atendimento por dois médicos odontólogos e duas técnicas de consultório dentário. Além da estrutura física disponibilizada na UBS este serviço apresenta dificuldade nos recurso humanos pela instabilidade dos profissionais. A média de procedimentos clínicos de saúde bucal por habitantes / mês é de 2.1, a atenção à primeira consulta odontológica programática tem correspondência com as ações de saúde a grupos específicos. (Crianças, idosos e gestantes) mas ainda resultam baixos os indicadores de atendimento.

Finalmente é uma prioridade garantir atenção integral à saúde da **população idosa** em consulta médica integral, visita domiciliar e atividade de educação em saúde. Neste grupo a cobertura de usuários cadastrados é boa (248 usuários idosos, que representa o 3% da população total) e existe um número significativo de usuários idosos acompanhados de acordo as estimativas do CAP (95%). Têm poucos usuários não identificados e registrados ou cadastrados como idosos, mas existem dificuldades na qualidade de seu atendimento que colocam em risco este grupo etário. Além de outras deficiências: caderneta de saúde de pessoas idosas na maioria dos usuários não existe. 88% com atraso das consultas, os senescentes não tem estratificação de risco e avaliação da fragilidade. A incidência de doenças relacionadas com a saúde bucal é alta.

De forma geral todas as ações de saúde que são realizadas em nosso serviço às formas de registro permitem o preenchimento dos dados pelos prontuários dos usuários e registros especiais (SISPRÉNATAL, registros de gestantes, registros de puérperas, registro da criança e puericultura, registro de preventivos do câncer de colo do útero). Porém, considero que nem estão registrados todos os dados requeridos no diagnóstico, atendimento e a prevenção destes grupos. Não existem registros

específicos para outras ações de saúde relacionadas aos idosos (Caderneta da Pessoa Idosa) e saúde da mulher (registro na prevenção de câncer de mama). Considero que o município tem que melhorar o sistema de registro e de contra referência entre o hospital e a UBS para melhorar as ações de saúde e a satisfação da população. Identifique se que na UBS os arquivos e registros não costumam ser revisados e avaliados periodicamente; não existem profissionais que se dediquem de forma regular ao planejamento, gestão e coordenação das ações, protocolos ou programas.

É importante referir que as ações realizadas não têm bom planejamento e monitoramento e carecem de protocolos ou manual técnico de acordo com os indicativos ministeriais e características do município que condicionam dificuldades na prestação de serviços de saúde pela UBS. Alguns destes aspectos, tais como, dificuldades no processo das ações realizadas no serviço, qualidade do processo de cadastramento, da organização das equipes de saúde da UBS, deficiências na capacitação e preparação técnica e a falta de envolver outros profissionais nas ações (são os mais importantes). Além disso, estas dificuldades têm relacionamento com as características da população na maioria indígena, com condutas, crenças e baixa educação em saúde. Muitas pessoas da população são de comunidades e ficam instáveis na área. Um percentual não significativo nega atendimento e prefere isolamento. Outros aspectos tem origem em limitações na área principalmente por falta de recursos materiais e humanos tais como, exames complementares deficitários, carência de métodos diagnósticos, limitações com internet, não existem especialistas de pediatria, ginecologia e fica instável havendo a necessidade de avaliação de outras especialidades médicas.

As atividades de educação em todos os temas de prevenção em gestantes, criança, mulher, idosos e população em geral não têm deficiências. A educação constitui uma ação que orienta as pessoas em direção à aprendizagem, à adequação e à aceitação de hábitos, costumes, estilos de vida saudáveis. A intervenção educativa em temas de saúde individual e coletiva (saúde bucal, saúde mental, atividade física, prevenção de obesidade, alcoolismo, sedentarismo, tabagismo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras) pode contribuir para mudanças no estilo de vida, favorecendo o conhecimento, sendo, por tanto, um dos meios para vencer os desafios impostos aos usuários pela sua condição de saúde, propiciando,

também, o aprendizado de novas formas de cuidar, ampliando as oportunidades para resgatar seu bem-estar físico e emocional.

Finalizando considero que no trabalho do dia a dia são concretizadas ações que dão maior acesso da população aos serviços que presta a UBS. Temos que lembrar que esta unidade básica prestava serviços de atendimento médico de forma esporádica ou irregular, com equipe de saúde incompleta, os principais atendimentos eram realizados por profissionais não clínicos gerais e maioria da população tinha que procurar atendimento de emergência no hospital. Agora com a equipe completa a possibilidade de melhorar a agenda de trabalho da toda equipe da UBS, as dificuldades e limitações estão tendendo a normalizar em curto prazo, pois as condutas de educação não são fáceis de reverter em um curto período. Considere-se importante como um dos principais desafio a melhora na organização e qualidade do processo de cadastramento, de rastreamento e planejamento, a melhora do desenho ou fluxo no sistema de atendimento de todos os profissionais, a capacitação técnica e no estabelecimento de protocolos nos atendimentos em todas as ações com a participação comunitária.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Depois de concluir a primeira unidade de estudo, relativa a Análise Situacional do serviço, tenho uma visão mais integral da UBS em relação a: demografia, estrutura física, disponibilidade de recursos humanos e materiais, cumprimento das diretrizes, normativas e protocolos, processo de acolhimento, assim como as ações de saúde a grupos específicos: criança, gestantes, mulheres e idosos. A identificação na UBS de limitações, necessidades e estabelecimento de prioridades no trabalho da equipe garante mecanismos que assegurem a acessibilidade, qualidade e satisfação dos serviços de saúde no pronto período.

A identificação destes problemas organizacionais e limitações que afronta o trabalho da UBS, é uma importante ferramenta de trabalho para a equipe de saúde,

direcionando todas as ações de saúde em função de melhorar a prestação de serviços; também com o planejamento, gestão e coordenação das ações adequadas lograremos engajar a outros profissionais, os gestores e a população toda como um esboço fundamental punindo em prática a educação em saúde como a concepção a seguir para lograr a participação e controle social e a criação de espaços de encontros entre a equipe de saúde e sociedade civil, ampliando desta forma o significado dos direitos dos usuários.

Ao aprofundar nossos estudos de especialização mudamos o conhecimento em relação à organização da UBS e da equipe; mudamos também a forma de interpretar e avaliar os problemas de saúde e a necessidade de modificar esquemas, condutas e implementar protocolos para o melhor trabalho, assim a satisfação da população que é o objetivo essencial dos serviços da APS.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A velhice é a última etapa do processo de desenvolvimento humano; os idosos, nos seus aspectos biológico, psicológico e social apresentam transformações próprias, requerendo tipos de assistências diferenciadas, em especial à saúde. A saúde das pessoas idosas tornou-se uma das prioridades das diretrizes do Ministério de Saúde (Brasil. 2006); o envelhecimento está associado a uma maior prevalência de doenças crônicas, que respondem por quase 70% das enfermidades nessa fase da vida. Portanto, as políticas de saúde tem que priorizar desde a prevenção de doenças que vão incapacitar o idoso até a criação de serviços voltados ao fim da vida.

É um compromisso dos estados garantir saúde para todos, promover uma vida saudável e um envelhecimento com qualidade. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede de saúde para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidades, inclusive nos domicílios. Para isso os serviços de atenção primária tem que fortalecer o trabalho da equipe de saúde neste grupo etário (Brasil. 2013). É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo. O Brasil está envelhecendo numa velocidade maior que a das sociedades mais desenvolvidas (CALLUCCI, 2014), o que produzirá grande impacto nos sistemas de saúde, com elevação dos custos e do uso de serviços. Segundo estimativas do IBGE, nos próximos 20 anos a população acima de 60 anos vai mais do que triplicar, passando dos atuais 22,9 milhões (11,34% da população) para 88,6 milhões (39,2%); no período, a expectativa média de vida do brasileiro deverá aumentar dos atuais 75 anos para 81 anos (BRASIL, 2014). Essa longevidade é uma dádiva, mas traz desafios importantes; pois provoca consequências sociais, culturais e epidemiológicas que exigem fortalecer as ações de saúde (FARID, 2014), o redirecionamento delas, o planejamento ótimo e coordenação Inter setorial de forma tal que garantisse qualidade, passividade, atendimento integral, descentralização e participação da comunidade com responsabilidade no atendimento deste grupo etário (BRASIL, 2013).

Na UBS é garantia a atenção integral à saúde da população idosa em consulta médica, visita domiciliar e atividade de educação em saúde. Neste grupo a cobertura da atenção à usuários idosos está considerada boa, pois têm poucos usuários não identificados e registrados ou cadastrados como idosos; mas quando detalhamos a qualidade do atendimento que recebem este grupo etário, então a cobertura, o cadastro e atendimento é considerado muito deficiente. Nas atividades diárias de atendimento clínico encontramos usuários idosos que moram desde muito tempo na área de abrangência e ainda não encontram-se cadastrado, além de existir um 5% de acordo as estimativas de usuários idosos não acompanhados. A qualidade do cadastro tem deficiências, na maioria dos casos é superficiais, desestimam doenças crônicas e históricos importantes para sua avaliação integral. Nenhuma pessoa idosos tem avaliação multidimensional rápida, assim como avaliação da fragilidade de

velhice, da rede familiar e avaliação do risco para morbimortalidade por critério de acordo à escala estabelecidas. Uma maioria tem incapacidade e doenças crônicas desatendidas pessoalmente ou desatendidos familiarmente sem conduta pela equipe, existem sub registro de usuários deste grupo com doenças crônicas não registradas, não existem identificação da atenção familiar nestes usuários.

É prioridade planejar algumas mudanças no contexto atual do processo de trabalho na atenção à usuários idosos que podem ser melhoradas na UBS; principalmente no incremento das ações dirigida à avaliação integral, funcional, de risco individual e de sua atenção familiar (Yao. 2000). A capacitação de toda as equipes de saúde na atenção a pessoas idosas, o trabalho educativo em grupo a idosos e sua família constituem também ações a complementar para o logro dos objetivos traçados pelas organizações de saúde. É importante referir que as ações realizadas até agora pela equipe de saúde nem sempre tem um bom planejamento e monitoramento, assim como carecem de protocolos ou manual técnico de acordo com os indicativos ministeriais e características do município que condicionam dificuldades na prestação de serviços de saúde pela UBS. Alguns destes aspectos, tais como, dificuldades no processo das ações realizadas no serviço, qualidade do processo de cadastramento, da organização das equipes de saúde da UBS, deficiências na capacitação e preparação técnica e a falta de envolver outros profissionais nas ações (são os mais importante). Além disso, estas dificuldades têm relacionamento com as características da população na maioria indígena, com condutas, crenças e baixa educação em saúde. Muitas pessoas da população são de comunidades e ficam instáveis na área. Um percentual não significativo nega atendimento e prefere isolamento.

Outros aspectos tem origem em limitações na área principalmente por falta de recursos materiais e humanos tais como, exames complementares deficitários, carência de métodos diagnósticos e limitações com internet. Finalizando considero que no trabalho dia a dia são concretizadas ações que dão maior acesso da população idosa aos serviços que presta a UBS; a identificação destes problemas organizacionais e limitações que afronta o trabalho da UBS é uma importante ferramenta de trabalho para as equipes de saúde; direcionando todas as ações de saúde em função de melhorar a prestação de serviços à população idosa; também no planejamento, gestão e coordenação das ações adequadas lograremos engajar outros profissionais, os gestores e à população toda como um eslabo fundamental

colocando em prática a educação em saúde como a concepção para conseguir a participação e controle social e a criação de espaços de encontros entre as equipes de saúde e sociedade civil, ampliando desta forma o significado dos direitos dos usuários idosos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS/ESF Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira, AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100%.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos” e na metodologia está escrito que a intervenção ocorreu durante quatro meses, enquanto no resumo é afirmado três meses.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **três** meses na UBS Dr. Albino Couto no município de São Gabriel da Cachoeira no Amazonas. Participarão da intervenção 248 pessoas idosas da equipe de saúde Areal (Equipe 11). O cadastro será realizado diariamente de acordo com as metas de coberturas estabelecidas para atingir 100% dos usuários idosos da área de abrangência por todos os integrantes da equipe. Serão utilizados o protocolo do Ministério da Saúde, disponibilizados nos Cadernos de Atenção Básica: Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento e Manual Técnico de Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

2.3.1 Detalhamento das ações

Eixo Monitoramento e avaliação:

Às segundas-feiras serão definidas como dia de monitoramento das ações da intervenção; onde serão avaliados por o médico e enfermeira com todos os profissionais envolvidos na intervenção o cumprimento do número de idosos cadastrados, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente, a necessidade de tratamento odontológico e em acompanhamento odontológico no período.

A qualidade dos registros e da avaliação integral dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde constituem prioridade das ações de monitoramento. Semanalmente o médico examinará os prontuários, as folhas de produção dos profissionais, os cadernos dos agentes de saúde e as fichas espelhos dos usuários

idosos que receberem atendimento na semana. Revisará os registros dos ACS de controle da população idosa para avaliar o cumprimento da cobertura de idosos de sua área de abrangência, a avaliação da necessidade de tratamento odontológico, os idosos com rede social deficiente identificados as ações de saúde feitas com a população de idosos, os registros da caderneta dos idosos e verificação de situações de alerta quanto ao atraso da realização das ações do projeto, o número de orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis e pratica de atividade física regular para todos os idosos. O médico identificaram os idosos faltosos por cada ACS, os quais na próxima semana realizaram uma visita domiciliar e agendaram de novo seu atendimento na UBS. Finalmente realizará uma avaliação das ações feitas, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas e estabelecerá estratégias para a próxima semana do trabalho.

De acordo as funções dos profissionais que participam do projeto, dos responsáveis de cada ação, assim como das deficiências encontradas no monitoramento de cada semana serão feitas capacitações com ênfases nas ações de saúde a cumprimentar para identificar, cadastrar e involucrar a toda a população de idosos para atingir ao 100% dos usuários idosos da área de abrangência em quatro meses.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Se planificará pela enfermeira responsável da UBS na agenda de trabalho um dia para atendimento aos idosos para as ações específicas no projeto e para aplicar as escalas avaliativas (Quinta-feira, todo o dia), assim como a prioridade no atendimento à população idosa qualquer dia de atendimento na unidade de saúde. (Na demanda espontânea ou agendada). Corresponde à recepcionista a busca dos prontuários nos arquivos e da disposição dos mesmos; também da recepção e organização do acolhimento na unidade de saúde, assim como a coleta dos prontuários e registros específicos de atendimento diário e entrega dos mesmos para manter as informações do SIAB atualizadas.

O acolhimento dos usuários pela técnica de enfermagem acontecerá na sala de triagem; para acolher a demanda espontânea não há necessidade de alterar a organização da agenda de trabalho da UBS. Mas será priorizado seu atendimento nas consultas disponíveis aos idosos de maior risco de morbimortalidade e fragilizados na

velhice identificados na visita domiciliar com rede social deficiente; sendo que a demora deverá ser menor a meia hora. Os ACS são responsáveis da busca ativa dos idosos e ao fazer a busca já agendará os usuários no dia correspondente; sendo a espera não maior de 5 dias. Estas ações permitiram cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde provenientes das buscas domiciliares.

Se desenhará pôr o médico e enfermeira responsável da UBS um algoritmo de trabalho da toda equipe de saúde para cumprir as ações com a população de idosos e da avaliação Multidirecional Rápida e dos demais procedimentos preconizados: para organizar os registros específicos do programa, o médico revisará os registros de atendimento individual e identificará todos os usuários idosos que vieram os serviços no último ano. O profissional transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o cadastro fazendo uma anotação nas fichas espelhos das ações em atraso ou não feitas.

Utilizaremos nas consultas clínicas do médico e da enfermeira os prontuários dos usuários com 60 ou mais anos de idade e a ficha espelho disponíveis na UBS; ademais considerando as especificidades apresentadas em relação à saúde da pessoa idosa para poder realizar uma avaliação integral e ampla do idoso, assim como coletar e avaliar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção vão complementar outros registros: a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o registro de vacinação, Escala de Avaliação da Funcionalidade Familiar (Apgar de família), instrumento de avaliação multidimensional rápida e escala de fragilidade na velhice. Os profissionais médicos (médico e enfermagem) só utilizarão as escalas específicas que envolvam os problemas identificados na avaliação rápida (Avaliação cognitiva: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Avaliação da depressão: Escala de Depressão Geriátrica (GDS), Avaliação de equilíbrio e marcha: Escala de TINNETI, Avaliação das atividades básicas de vida diária: Escala de Katz, Avaliação das atividades instrumentais de vida diária: Escala de Lawtom, Avaliação da presença de violência e maus tratos: Escala de identificação de violência a idosos e Avaliação funcional: Escala funcional)

Se planificará, incrementará e organizará as visitas domiciliares pela equipe saúde para sua realização de forma integral pelos integrantes da equipe de saúde e para dá busca dos faltosos. Estabelecer duas seções de trabalho para a visita domiciliar: segunda-feira de tarde e sexta-feira de manhã.

Em todas as ações de saúde feitas serão esclarecidas à comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Os profissionais da equipe que involucram-se nas ações, prévio planejamento realizaram em diferentes cenários orientação nutricional para hábitos alimentares, prática de atividade física regular e hábitos saudáveis, entre outros.

Eixo Engajamento público:

As atividades de monitoramento das segundas feiras serão planejadas atividades de educação em saúde desenvolvidas pelos ACS. Se estabelecerá todas quintas-feiras a início de cada seção de trabalho (15 minutos) palestras a população idosa que recebem as ações de saúde do projeto. Serão feitas também planificação de palestras na comunidade com grupos de usuário idosos de acordo à agenda de trabalho de cada ACS nas visitas domiciliares, assim como outros lugares disponível na comunidade. A equipe realizara contato com representante da comunidade, com líderes do bairro, representantes das igrejas, comerciantes, empresários.

Apresentaremos o projeto com ênfase em: existência do Programa de Atenção ao Idoso na unidade de saúde, importância e benefícios para a população idosa da comunidade das ações de saúde planejadas, importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizar avaliação integral (incluem a saúde bucal), sobre atendimento prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Também ouviremos à comunidade e líderes comunitários para lograr melhor adesão da população ao projeto, assim como ajuda a localização dos usuários idosos faltosos.

A realização de materiais complementares de apoio como: folders, banner, folhetos, cartazes permitiram melhor compreensão dos temas tratados por os profissionais.

Em as consultas clínicas e odontológicas dos médicos e enfermagens fortaleceremos as orientações em educação para um envelhecimento saudável principalmente em temas de saúde bucal, pratica de exercício, dieta saudável e evitar fatores de risco como sedentarismo e tabaquismo. Também referenciaremos à consulta de nutrição. Em as atividades de visita domiciliar, previa capacitação da equipe, participará em conjunto o médico, a enfermagem e os ACS; assim como a

planificação de outros profissionais de acordo a característica e problema de saúde da família. O médico guiará a visita, ademais será responsável das atividades de avaliação clínica dos membros da família. A enfermagem avaliará o funcionamento familiar, os ACS avaliam as características higiênicas epidemiológicas e propõem ações de saúde para eliminar os riscos. Finalmente será realizada uma dinâmica familiar, em busca de apoio e orientação para garantir saúde dos idosos.

Para a população idosa, cuidadores, família e comunidade em geral serão feitas divulgação, pôr a radio, dos objetivos do projeto e de ações de saúde como: idosos em risco, fragilidade dos idosos, doenças mais frequentes, importância do seu acompanhamento, sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, sobre a importância da higiene bucal e da realização de atividade físicas.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Inicialmente se realizará pelo responsável deste trabalho (médico) uma apresentação dos objetivos e importância do projeto e estabelecerá o responsável de cada ações, assim como as funções de todos os profissionais da equipe nas ações a dar cumprimento. Assim o médico implementará um curso para toda a equipe de saúde de aperfeiçoamento em envelhecimento e saúde a pessoa idosa.

É responsabilidade do médico capacitar a equipe da unidade de saúde no acolhimento aos idosos, em as consultas e sua periodicidade, no cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para os serviços odontológico e especializados, na pesquisa e avaliação integral dos idosos, a identificação de riscos individuais e familiares, da avaliação de risco multifuncional, no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, o registro dos indicadores de fragilização na velhice, assim como para avaliar a funcionalidade familiar, a rede social dos idosos e das orientações que devem ser feitas à população idosa é uma ação de máxima importância para alcançar os objetivos e metas propostas da qualificação da prática clínica.

Será realizada capacitação mensal com os componentes da equipe. Da mesma forma que a capacitação para medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação. Escolher duas horas ao final do expediente na segundas feiras e em

reunião da equipe. Utilizaremos para sua realização o método de conferência. Participaram na capacitação da equipe outros profissionais da secretaria de saúde do município de acordo à solicitação, temas propostos e necessidades para atendimento dos idosos (nutricionista, assistência social, odontólogo, professor de educação física, psicólogo)

2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta: 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos existentes na área de abrangência do serviço.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta: 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador: 2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Indicador 2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus.

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicadores 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Serão utilizados o protocolo do Ministério da Saúde, disponibilizados nos Cadernos de Atenção Básica: Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento e Manual Técnico de Envelhecimento e saúde da pessoa idosa os quais ficarão na sala da enfermagem para sua utilização de todos os integrantes das equipes.

As folhas, canetas, cadernos utilizados nas diferentes ações do projeto foram solicitados à direção da secretaria de saúde por meio de um ofício. Uma vez que se encontram disponíveis ficarão ao resguardo na UBS pelo responsável do projeto (médico) para sua distribuição no momento certo.

Outros recursos que serão utilizados como: computador, TV, DVD, vídeo, impressora e áudio encontrassem na unidade de saúde. Foi estabelecido um contrato assignado entre as partes (Chefe da UBS e Responsável de projeto) para sua disponibilidade e utilização nas ações do projeto.

Logística para as ações do eixo Monitoramento e Avaliação

Os responsáveis da busca ativa dos idosos serão os ACS, das ações educativas as técnicas de enfermagem), pela manutenção das informações o técnico administrativo. O monitoramento será responsabilidade do médico com ajuda da enfermagem e a participação dos ACS, todas as segundas-feiras as 9.00 horas na mesma sala de tele saúde. Para esta atividade será necessário a disponibilidade de: folhas A4 (500 unidades) para imprimir pôr a recepcionista dos registros específicos para a ampla avaliação dos idosos. Caderneta de saúde dos idosos (300 unidades). Cadernos para anotações (2 unidades). Impressora e tonel (1 unidades) para garantir as informações, registros e planejamento das ações. Computador (1 unidades) para informatização da intervenção.

Para o acompanhamento mensal da intervenção serão utilizados os 248 prontuários dos usuários de 60 e mais anos e as 248 fichas espelhos com seus instrumentos anexados descrito na metodologia do projeto.

Logística para as ações do eixo Organização e Gestão do Serviço

O processo de acolhimento dos usuários idosos que buscarem o serviço clínico será realizado pela técnica de enfermagem e os que buscarem o serviço odontológico será pela técnica de odontologia (em sala de triagem, todos os turnos de trabalho na seção de manhã e tarde). Encontrasse com todos os recursos disponível na UBS; sala de espera, bancadas confortáveis, rampas alternativas, piso regular, calçadas aceitáveis, disponibilidade de cadeiras de rodas e sinalização adequada. Requer de alguns recursos: Folhas A4 (300 unidades) para imprimir os registros de atendimento individual e procedimentos pôr a recepcionista. Cadernos para anotações (duas unidades) para o registro dos usuários. Impressora e toner (uma unidade) para garantir as informações, registros e planejamento das ações. Computador (uma unidade) para informatização da intervenção.

Logística para as ações de Engajamento Público

A sensibilização e educação para a saúde dos idosos, a família e comunidade requiere da máxima dedicação dos profissionais em todos os dias nas atividades de consulta clínica, odontológica, de enfermagem, vacina, triagem; assim como nas visitas domiciliares. Nestas atividades os recursos necessitados são fundamentais tais

como: folhas A4 (100 unidades) para registrar a assistência dos participantes. Computador notebook (uma unidade) e vídeo (uma unidade) para capacitação. Folders (20 unidades) e cartazes (20 unidades). A realização destas matérias de apoio educativo (folders e cartazes) serão confeccionados por um agente de saúde que tem conhecimentos de pintura e desenho. Participaram em sua ajuda outros agentes de saúde.

A realização da visita domiciliar integral (todas segundas-feiras de manhã e sexta-feira de tarde de acordo a planificação) pôr os médicos, enfermagem y ACS complementará as ações educativas e adesão ao projeto da população idosa. Recursos indispensável: Folders (20 unidades), Cartazes (20 unidades). Não requiere de outros recursos (transporte) porque nossa área de abrangência encontrasse perto da unidade de saúde. Se nestas visitas identifique-se algum cliente idosos com problema emergente de saúde que requiere avaliação por algum especialista da unidade de saúde ou hospital, faremos solicitação da ambulância por via telefônica à coordenação de saúde municipal desde a UBS.

O médico como gestor principal do projeto, com ajuda da enfermagem realizará ao final de cada mês uma reunião com a equipe e os integrantes da comunidade. Para a realização destes encontros fizemos um ofício assignado entre as partes (Chefe da UBS, Responsável do projeto e líderes da comunidade). Os recursos necessitados para este intercambio: Folhas A4 (50 unidades) para registrar a assistência dos participantes, registrar os acordos. Computador notebook (1 unidade) e Datashow (1 unidade) para capacitação. Folders (20 unidades), Cartazes (20 unidades).

Logística para as ações do eixo Qualificação da Prática Clínica

A capacitação do projeto da equipe pelo médico será feita na UBS na sala de tele saúde, que tem disponibilidade com 30 cadeiras e condicionamento climatizado para receber todos os profissionais involucrados no projeto.

Os recursos que são necessários para esta atividade: Folhas A4 (10 unidades) para registrar a assistência dos participantes. Caneta (20 unidades) para entregar aos membros da equipe para gravar os registros das ações. Cadernos para anotações (10 unidades) para entregar a cada membro da equipe para o controle das ações e seus usuários; assim como TV, DVD, Computador e vídeo para a capacitação.

A superação da equipe (Sala de tele saúde, de segunda-feira a quinta-feira) e capacitação dos profissionais (Sala de tele saúde, segunda-feira) é uma atividade a dar comprimento neste eixo. Para a capacitação inicial do projeto, as funções de todos os profissionais e aperfeiçoamento em envelhecimento e saúde a pessoa idosa a todo a equipe pôr o responsável do projeto (médico) serão utilizados o protocolo do Ministério da Saúde: Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento e Manual Técnico de Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Também para o enfrentamento aos problemas dos usuários idosos, seus cuidadores e família é necessário a capacitação em temas de saúde deste grupo de idade, os que serão assumidos por especialistas da secretaria de saúde segundo convênio estabelecido. Interverem: Nutricionista (alimentação dos idosos, requerimentos nutricionais), Odontólogo (saúde bucal), Psicólogo (saúde mental, relacionamento familiar, funcionalidade familiar, crise familiar), Professor de educação física (atividade física da pessoa idosa) e Assistente Social (idosos com fragilidade). Requer de recursos como: Folhas A4 (10 unidades) para registrar a assistência dos participantes. Computador (uma unidade) e Datashow (uma unidade) para a capacitação.

3 Relatório da Intervenção

Na melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso alcançou 97,2%. Dos 248 usuários idosos planejados (100%) para avaliar na área de abrangência somente 7 senescentes não foram cadastrados no programa.

Cumprimos com estimativas propostas em mais da metade dos indicadores avaliados dos idosos com exame clínico apropriado em dia, acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e com visita domiciliar em dia, com verificação da pressão arterial na última consulta, hipertensos rastreados para diabetes, faltosos que receberam busca ativa, com registro na ficha espelho, com avaliação de risco de morbimortalidades, com avaliação para fragilização na velhice e avaliação da rede social em dia; assim como os que receberam orientação para hábitos saudáveis, prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal.

Em outros indicadores alcançamos resultados em menor por cento: idosos hipertensos ou diabéticos com exames complementares periódicos em dia (64,4%), idosos com avaliação de necessidades de atendimento odontológico (82,2%), com primeira consulta odontológica programática em dia (40,2%), e os usuários idosos com caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (17%).

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

De acordo com as indicativas e planejamento, a intervenção que teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na UBS começou e culminou nas semanas estabelecidas. Foram cumpridas as ações previstas do cronograma do projeto: a capacitação inicial e sistemática de todos os profissionais e trabalhadores da equipe no programa de saúde do idoso (**Figuras 7 e 8**) foi uma das fundamentais ações realizadas.



Figura 7: Capacitação dos profissionais da equipe de saúde no programa de saúde do idoso. UBS Dr. Albino Couto. Fonte: IMAGEM, 2015.



Figura 8: Profissionais da equipe de saúde da unidade de saúde recebendo capacitação no programa de saúde do idoso. UBS Dr. Albino Couto. Fonte: IMAGEM, 2015.

Também foram desenvolvidas as ações planejadas, e que já foram incorporadas na rotina da equipe de saúde: a busca ativa e cadastro dos usuários idosos (**Figura 9**) residentes na área de abrangência pelos os ACS, o estabelecimento da prioridade no acolhimento dos usuários idosos em qualquer dia da semana, a

programação na quinta-feira dos atendimentos programáticos aos anciãos, a realização de mudanças no horário de atendimento médico para que os usuários pudessem receber avaliação clínica (segunda e quarta sexta feira de cada mês, ficou estabelecido como horário da UBS o expediente da tarde de 16.00 - 21.00 horas) , a avaliação de parâmetros clínicos em triagem pela técnica de enfermagem (**Figura 10**), o atendimento clínico e avaliação integral com a aplicação das escalas estabelecidas de cada usuário acolhido, a avaliação e aplicação de testes para identificar a rede social e a identificação dos riscos e a fragilidade dos idosos.



Figura 9 - Busca ativa dos usuários idosos faltosos.

Fonte: IMAGEM, 2015



Figura 10 -

Avaliação dos parâmetros clínicos dos usuários idosos pela técnica de enfermagem em triagem.

Fonte: IMAGEM, 2015

Também foi cumprido o cronograma das ações de educação em saúde dos usuários idosos (**Figura 11**) em relação aos cuidados de saúde bucal, prática de atividade física regular e hábitos saudáveis nutricionais; o aproveitamento de todos os cenários para a realização de ações de promoção e prevenção em consulta médica, de enfermagem e nas visitas domiciliares, assim como durante as palestras nas diferentes áreas foram atividades cumpridas de acordo ao cronograma e Incorporadas à rotina de trabalho da equipe

Ao mesmo tempo concretizamos com todos os profissionais envolvidos no projeto o monitoramento semanal das atividades cumpridas, suas dificuldades e as possíveis melhoras para o alcance dos objetivos planejados. Também foram revisados os cadernos dos ACS com suas anotações das pesquisas realizadas assim como o cadastro da população dos usuários idosos.



Figura 11 - Atividades de educação em saúde dos usuários idosos.
Fonte: IMAGEM, 2015

De forma geral a capacitação e preparação dos profissionais da equipe, a motivação dos envolvidos no trabalho, o apoio dos gestores do município, o apoio da comunidade, dos usuários idosos, assim como a disponibilidade dos recursos necessários facilitou cumprir com as ações programadas no cronograma. Todas as ações descritas foram cumpridas integralmente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações planejadas foram cumpridas; mas considero destacar no texto que apesar do desenvolvimento das ações do cronograma, em algumas das semanas da intervenção um certo número de dificuldades não previstas atrapalhou algumas das ações e condicionou que fossem cumpridas parcialmente ou modificadas para cumprir seu objetivo.

Ao momento do início da intervenção não tivemos as fichas espelhos motivo pelo qual a equipe ficou preocupada. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) além do pedido ter sido entregue com anterioridade não dispôs dos recursos necessários para a impressão das fichas espelhos nas quantidades solicitadas. Na segunda semana da intervenção aconteceu algumas dificuldades na organização do trabalho da UBS que atrapalhou o cronograma das ações planejadas da intervenção. Os ACS da equipe participaram toda a semana num curso de superação. Desta forma, as suas ausências

no trabalho e das atividades normais na unidade de saúde trouxeram como consequência a diminuição das pesquisas dos idosos na comunidade e seu encaminhamento para a avaliação clínica na unidade de saúde.

Os dias feriados limitou o cronograma de atendimento clínico dos usuários idosos, a demanda dos senescentes na unidade foi reduzida. Também condições desfavoráveis do clima, com abundantes chuvas duas semanas limitou o número das consultas programáticas dos usuários pesquisados. O horário de atendimento da UBS foi modificado pela celebração da "Semana Santa". Algumas atividades no horário de atendimento médico, de enfermagem e odontologia foram modificadas ou suspensas.

O atendimento e avaliação odontológica previsto aos usuários idosos foi cumprido parcialmente. Identificamos como dificuldades em nossas ações que o atendimento odontológico tem limitação na unidade de saúde pois, existe déficit de recursos humanos especializados para realizar atendimento a toda a população da unidade de saúde que limita a avaliação da necessidade de atendimento assim como a avaliação da saúde bucal. Esta situação piorou nas últimas três semanas da intervenção pois, anteriormente existia somente um dentista para as duas equipes e finalmente o atendimento foi totalmente afetado uma vez que este profissional estava fora do município. Desta forma, as consultas programadas foram suspensas até novo aviso.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na coleta e sistematização dos dados transcorreu de forma satisfatória, a planilha de coleta de dados foi previamente revisada e certificada. Os dados preenchidos não apresentaram dificuldades.

Os dados necessários dos usuários idosos foram recolhidos dos prontuários, da avaliação multidimensional, da avaliação da rede familiar, da escala de velhice e da caderneta de saúde das pessoas idosos. Na totalidade dos senescentes não existia com anterioridade desta avaliação; isso facilitou que todas as ações foram feitas pela primeira vez e as informações foram preenchidas nos registros específicos. Alguns usuários não apresentavam prontuários e uma maioria dos idosos não tinham

caderneta de saúde, uma realidade prevista no início da intervenção pois a mesma não existe disponibilidade no município; foram entregadas há vários anos e quase todos os usuários já a extraviaram.

O diário da intervenção recolho de forma periódica todas as ações feitas pela equipe e as incidências por semanas, assim como experiências enriquecedoras do trabalho. Para deixar mostra de nossa intervenção e ilustrar algumas das ações realizadas, alocamos no diário fotos de diferentes atividades e procedimentos. Aos usuários e profissionais envolvidos nestas atividades solicitamos seu consentimento para as fotos. Não apresentamos dificuldades ou negativas e foi aceita a ideia.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

É essencial ressaltar que existe satisfação por parte da população relacionadas as ações realizadas na unidade aos usuários idosos. Em nossa intervenção os usuários idosos geralmente têm uma conduta positiva e em presença de doenças procuram atendimento médico imediato. No entanto, é difícil que procurem atendimento somente para procedimentos preventivos e de avaliação integral. Corresponde então ter identificados toda as pessoas senescentes da área, ter avaliada a cultura sanitária individual e familiar, assim como continuar as atividades preventivas da equipe e estabelecer as mesmas como rotina de trabalho. A equipe de saúde da atenção primária tem responsabilidade com estes usuários, pois modificar hábitos, costumes e estilos de vida é nossa responsabilidade para alcançar maior expectativa de vida na terceira idade.

Além da precária cultura sanitária dos usuários identificamos que não todos os agentes comunitários têm conduta persuasiva e controle adequado de sua área; também acontece que uma parte dos profissionais da equipe consideram que o trabalho preconizado é somente parte do curso de especialização dos médicos do Programa "Mais Médicos" e que não forma parte do trabalho da equipe. Os ACS mostram interesse e motivação pelas atividades e ações desenvolvidas no projeto; mas na realidade falta sistematicidade do trabalho. É sistemático o monitoramento e as orientações aos profissionais da equipe e da unidade de saúde para que as ações compoñham o trabalho do dia.

A capacitação de todos os profissionais em temas de medicina familiar e saúde familiar é uma necessidade dos gestores do município, pois é difícil modificar conceitos, costumes e hábitos do trabalho nas pessoas que não tem capacitação técnica específica nestas questões e isto atrapalha alcançar maior acompanhamento nos programas e protocolos de saúde do ministério.

Ao final da intervenção analisamos, em conjunto com a equipe, o impacto de cada uma das ações planejadas, assim como cada uma das ações feitas e as necessárias modificações realizadas para cumprir as mesmas. Determinamos as ações que já constituem rotina do trabalho na UBS. É importante destacar que reconhecemos que a equipe de saúde reforçou algumas das ações de saúde planejadas, inclusive fizemos atividades extras, que no futuro não formam parte da rotina diária, pero que foi necessário sua realização em um momento específico do trabalho para alcançar objetivos imediatos (lembrar que o programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS tinha deficiências e estavam cerados alguns das avaliações, assim como outras deficiências já descritas com anterioridade que atrapalhou o trabalho diário da equipe)

Finalmente caberia refletir, entretanto, sobre o potencial transformador da equipe de saúde demonstrado com nossa intervenção, em alcançar os indicadores de saúde na atenção à saúde da população de usuários idosos. Representou uma nova concepção de trabalho na UBS, uma nova forma de vínculo entre os membros da equipe, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso integral destas ações; assim como um maior impacto na atenção da saúde na atenção primária.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Dr. Albino Couto, do município São Gabriel da Cachoeira, estado Amazonas. Na área adstrita à UBS existem 470 usuários na faixa etária de 60 ou mais anos de idade, entretanto a intervenção focalizou-se nas 248 pessoas idosas da equipe de saúde Areal (Equipe 11) que é a equipe de maior número de idosos da UBS e são os pertencentes ao área de abrangência onde realizou minhas atividades laborais.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Ao término da intervenção a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso alcançou 97,2%, não alcançando o indicador estabelecido na intervenção de ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%. Dos 248 usuários idosos da equipe residentes na área de abrangência que frequentam o programa de saúde dos usuários idosos foram avaliados 241 usuários. Para o cálculo do indicador influencia 7 senescentes que não foram cadastrados no programa os quais não radicam regularmente na área, além de frequentar de forma geral o programa de saúde.

Inicialmente, antes da intervenção, os usuários idosos da área de abrangência da equipe de saúde estavam cadastrados pela equipe de saúde, mas não recebendo as ações competentes do programa de atenção à saúde da pessoa idosa de acordo

aos protocolos do Ministério de Saúde. Podemos observar na **Figura 12** que no primeiro mês alcançamos cadastrar e avaliar integralmente no programa 100 usuários, quase a metade (40,3%), e nos meses seguintes atingimos um 70,2% e 97,2% respectivamente com 174 e 241 usuários idosos. A cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde foi ampliada satisfatoriamente apesar de não atingir 100%.

De forma geral a capacitação e preparação dos profissionais da equipe, a motivação dos envolvidos no trabalho, o apoio dos gestores do município, da comunidade, dos usuários idosos, assim como a disponibilidade dos recursos necessários facilitou cumprir com as ações programadas no cronograma de trabalho. Além da intervenção foi antecipada em 4 semanas em decorrência do cronograma inicial da especialização, assim como a presença de algumas dificuldades objetivas apresentadas neste período e das características da população objeto da intervenção que todas elas limitaram alcançar o 100% de idosos em alguns dos indicadores propostos.

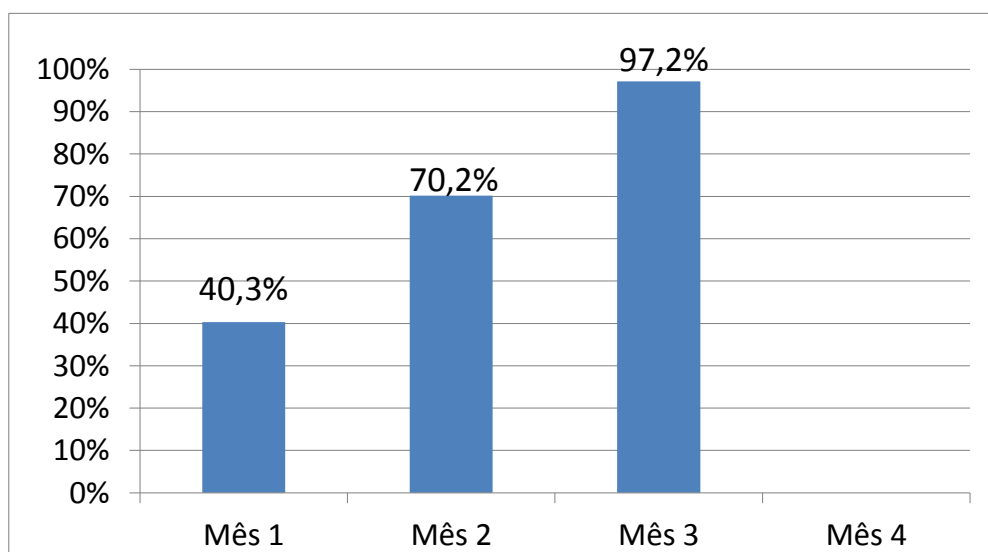


Figura 12 – Evolução mensal do indicador de cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso na unidade de saúde. UBS Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira – AM.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta: 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Em relação à Avaliação Multidimensional Rápida no 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde foi cumprido este indicador na totalidade dos usuários idosos cadastrados no programa. Em 241 senescente foram aplicadas pela primeira vez na área de saúde e no município as escalas certificadas dos protocolos que identificam os riscos neste grupo etário. Desde o início realizamos no 100% dos idosos a Avaliação Multidimensional Rápida; no primeiro mês aos 100 usuários avaliados, no segundo mês aos 174 e ao final atingimos 241 usuários idosos com esta avaliação.

Com anterioridade à intervenção pela equipe os usuários idosos recebiam exclusivamente atendimento clínico de acordo à situação de saúde referida pelos usuários e não atenção clínica integral com as aplicações das escalas estabelecidas e protocolos da Atenção Primária e do Ministério da Saúde para garantir um envelhecimento saudável. O desenvolvimento de políticas de saúde encaminhadas à identificação de riscos, à promoção e prevenção de saúde na terceira idade atualmente é prioridades dos ministérios.

Com a aplicação das escalas estabelecidas, das avaliações clínicas, de risco e fragilização da velhice feitas aos usuários idosos identificamos que dos usuários avaliados 85,2% tem visão deficiente, 31,4% audição limitada, 13% incontinência urinária, 15,9% tem depressão, 13% dificuldades da memória e 88% atividade sexual limitada. A maioria dos senescentes são independentes em suas atividades da vida diária (84%) e moram em domicílios com riscos (97,4%). A avaliação da rede social que predomina é moderadamente disfuncional em relação à presença de conflitos familiares, desatenção familiar, hábitos individuais e estilos de vida não saudáveis. As quedas não constituem problemas de saúde pois, estão presentes somente em 3,2%. Em geral 12,8% dos idosos são frágeis, 8,2% são acamados ou com problemas de locomoção e o 94,5% dos usuários tem risco de acordo à classificação de Framingham.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Igualmente cumprimos na totalidade dos 241 senescentes com o indicador de realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico neurológico e da sensibilidade em diabéticos. Este indicador apresentou igual comportamento de 100% em todos os meses: idosos atingido idosos avaliados clinicamente. A coordenação e planejamento adequado do acolhimento dos usuários idosos pelo profissionais da equipe de saúde permitiu garantir uma atenção clínica integral e avaliar os parâmetros clínicos que exige a avaliação geriátrica.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

O indicador da proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia alcançou ao final da intervenção 64,4%. O por cento exibe semelhante comportamento em todos os meses da intervenção como apreciamos na **Figura 13**. No primeiro mês 49 usuários idosos hipertensos e diabéticos foram cadastrados e avaliados, deles 30 com solicitação de exames (61,2%), no segundo mês foram 77 idosos avaliados e 49 com solicitação de exames (63,6%). Ao final da intervenção no terceiro mês logramos solicitar exames em 58 usuários idosos de 90 cadastrados (64,4%).

As metas propostas foram de conseguir realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos, mas é uma realidade as dificuldades nos exames complementares dos usuários idosos diabéticos e com hipertensão, pois existe demora na realização dos exames no município, assim como também limitações na possibilidade de acolher todos os usuários e carência de fazer exames para controle e avaliação de doenças crônicas e situações de saúde em risco. Esta situação implicou resultados negativos em nosso trabalho e determinou que existem usuários acolhidos sem exames periódicos solicitados e realizados em dia. A equipe de saúde nas diferentes ações de saúde realizadas priorizou a solicitação destes exames aos usuários idosos identificados com situação clínica de risco.

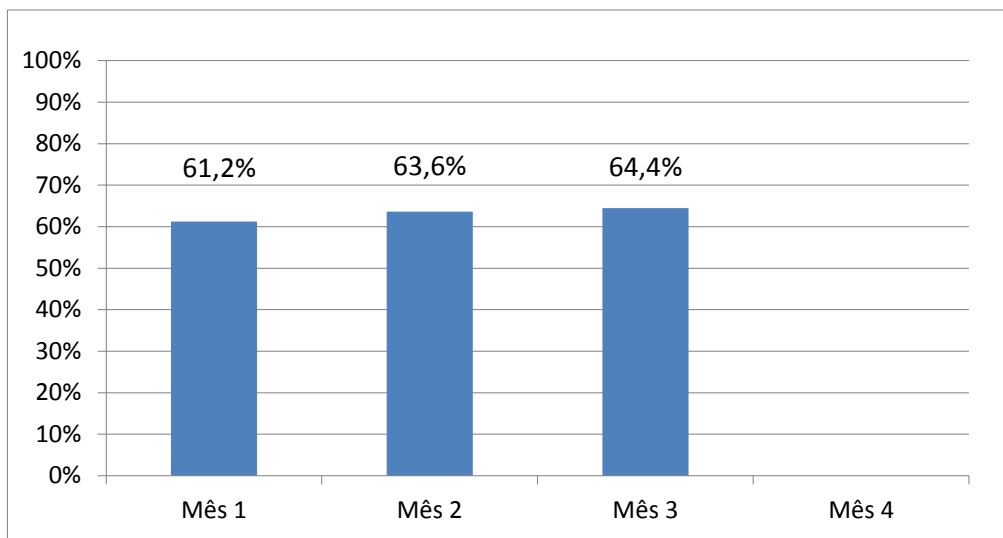


Figura 13 - Evolução mensal do indicador de proporção de usuários idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia. UBS Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira – AM.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

A proporção de usuários idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada foi de 1,2%. Pode observar-se na **Figura 14** que identificamos apenas três usuários idosos com necessidade de uso de medicação pelo serviço da farmácia popular. Este indicador, pelo observado nos percentuais, impressiona deficiente mas, em realidade é uma fortaleza do município. A farmácia da UBS tem o fornecimento regular dos medicamentos e garante as necessidade dos usuários, por isso quase a totalidade dos usuários idosos que requerem uso de medicamentos fazem uso dos mesmos que são fornecidos na própria unidade de saúde. Os três usuários idosos que fazem uso da Farmácia Popular requerem de medicamentos não assignados às farmácias das UBS.

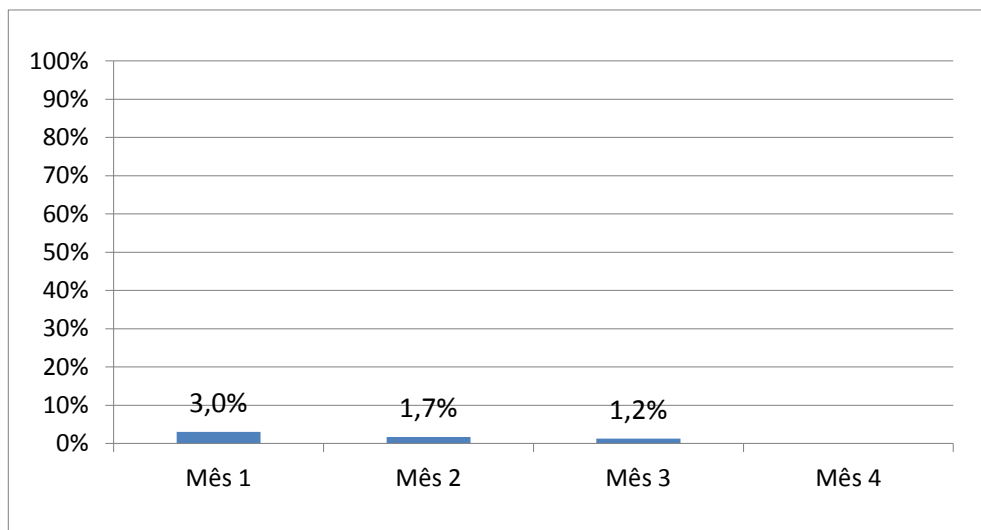


Figura 14 - Evolução mensal do indicador de proporção de usuários idosos com prescrição de medicamentos em Farmácia Popular priorizada. UBS Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira – AM.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

A proporção de usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados foi de 100%. Na área de abrangência ao início da intervenção identificamos cadastrar e visitar 17 usuários acamados (100%), no segundo mês 19 (100%) e finalmente no terceiro mês identificamos que existem 20 usuários idosos em esta situação de saúde, deles a totalidade foi cadastrada e recebeu visita domiciliar pela equipe de saúde.

A maioria dos senescentes acamados correspondem a sequelas por acidente vascular cerebral em correspondência a predomínio das doenças crônicas na população. Dos acamados todos recebem atendimento pela família de acordo à costumes crenças e estilos de vida. Não existem desatendidos familiarmente. O cadastro e visita domiciliar destes usuários não constitui uma problemática e foi de fácil resolutividade pois a equipe de saúde tem planejada ações dirigidas aos usuários com incapacidades físicas e deficiências mentais, os quais constituem grupo com prioridade nas ações de rotina na UBS. Os acamados recebem visita domiciliar todos os meses e atendimento clínico de acordo à situação de saúde, com avaliação de outros profissionais como a trabalhadora social, psicóloga e nutricionista.

As metas estabelecidas de atingir o cadastro e visita domiciliar de 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção foi alcançada.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Todos os 241 usuários idosos cadastrados no programa receberam verificação da pressão arterial na última consulta. Cumprindo rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica. Desde o primeiro mês da intervenção a totalidade de senescentes que recebiam cobertura no programa foram rastreados para hipertensão.

O planejamento e coordenação das ações, a capacitação da equipe, a qualificação dos profissionais envolvidos na recepção e acolhimento dos usuários facilitaram esse resultado. A qualidade da triagem pelas técnicas de enfermagem aos senescentes garantiu a ponderação de parâmetros clínicos necessários para a avaliação integral deste grupo etário. Foi avaliado seu peso, estatura, perímetro abdominal, índice de massa corporal, pressão arterial e temperatura. Dos 82 idosos hipertensos ao final da intervenção, 9 senescentes foram diagnosticados como hipertensos com as ações planejadas.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus.

Nas ações realizadas pela equipe cadastramos 82 senescentes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Todos eles (100%) foram rastreados para diabetes. Dos 48 usuários hipertensos de 60 e mais anos de idade cadastrados no primeiro mês o 100% recebeu rastreamento para diabetes, depois existiu um incremento em 73 senescentes, deles o 100% rastreado e finalmente ao término da intervenção 82 hipertensos todos com exames para diagnóstico de diabetes (100%).

Além das dificuldades pela prescrição e realização de exames no município, os usuários idosos com hipertensão constituem grupos prioritários de acordo à avaliação Multidimensional Rápida feita em cada um deles. A avaliação rápida de níveis de glicose na UBS no processo de acolhimento e triagem garantiu a pesquisa para diabetes.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Na intervenção existem dificuldades nos indicadores que tem relação com o atendimento odontológico na UBS. Dos 241 idosos cadastrados no programa, ao final da intervenção 198 receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico; o que representou uma proporção de 82,2% conforme apresenta a **Figura 15**. O primeiro mês da intervenção apresentamos dificuldades para cumprir as necessidades de atendimento odontológico, somente logramos avaliar 57 usuários de 100 atingidos (57,0%), com o reforço das ações no segundo mês logramos avaliar 131 usuários de 174 atingidos (75.3%).

As dificuldades objetivas na intervenção de alcançar as metas propostas de realizar 100% avaliação da necessidade de atendimento odontológico e 100% da primeira consulta odontológica estão relacionadas com as limitações no serviço odontológico. Existe déficit de recursos humanos especializados para realizar atendimento à população da unidade de saúde, que limita a avaliação das necessidades de atendimento e avaliação da saúde bucal. Esta situação piorou nas últimas três semanas da intervenção.

Para obter melhores resultados neste indicador foi necessário que os integrantes da equipe de saúde receberam preparatória das principais atenções buco dentares que afetam a saúde bucal das pessoas; o que permitiu fazer uma avaliação a partir do segundo mês das necessidades odontológicas dos usuários idosos; mas não foi possível alcançar a totalidade dos usuários na avaliação, pois alguns do primeiro mês não foram pesquisados e impossível depois sua localização. .

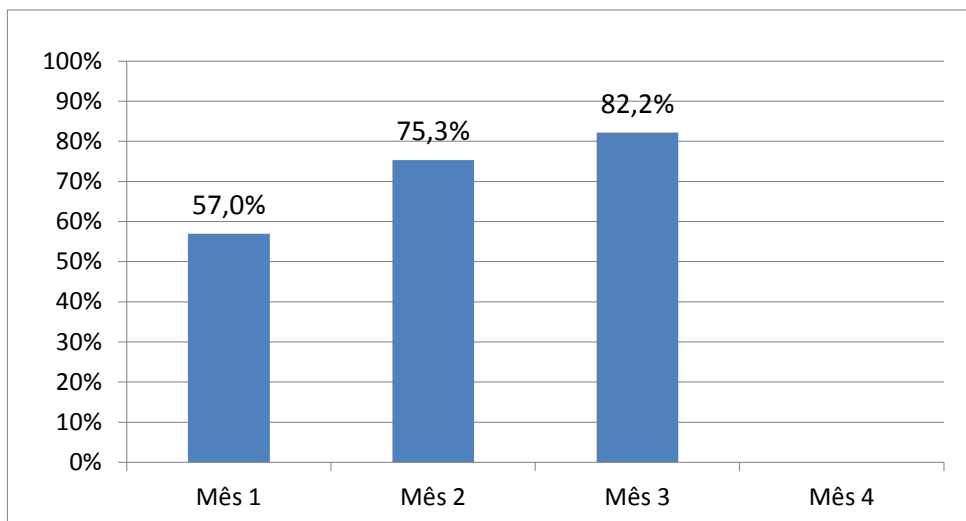


Figura 15 - Evolução mensal do indicador de proporção de usuários idosos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico. UBS Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira – AM.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos

Outro indicador com resultados deficientes é a proporção de usuários idosos com primeira consulta odontológica programática, que ao final da intervenção foi de 40,2% conforme apresenta a **Figura 16**. Desde o início da intervenção a porcentagem de senescentes com primeira consulta odontológica foi deficiente: primeiro mês 41 usuários (41,0%), segundo mês 78 usuários (44,8%) e último mês 97 usuários (40,0%)

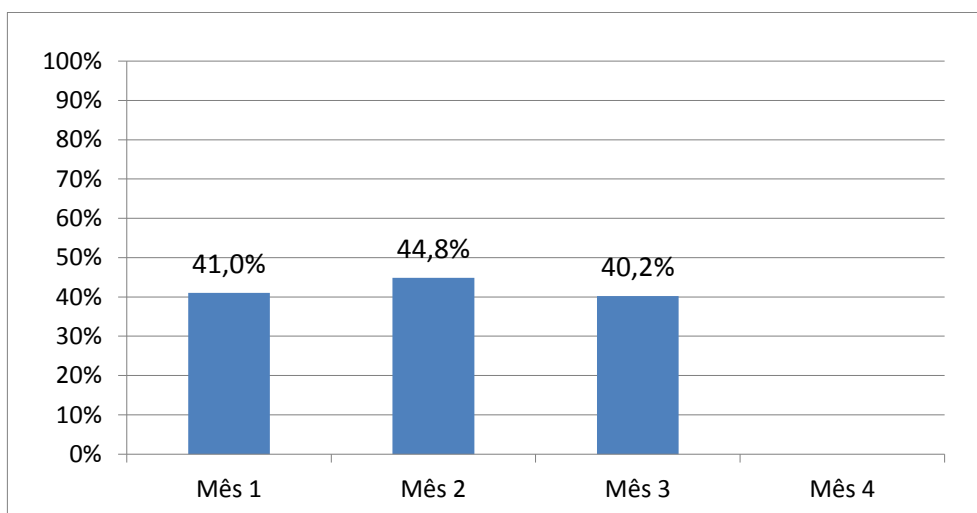


Figura 16 - Evolução mensal do indicador de proporção de usuários idosos com primeira consulta odontológica programática. UBS Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira – AM.

As dificuldades igualmente estão relacionados com as limitações no serviço odontológico anteriormente referidos.

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Apesar do número significativo dos usuários idosos faltosos à consulta programática atingidas pelos ACS (99 idosos), observamos nos resultados que alcançamos uma proporção de 100% na busca ativa destes usuários faltosos, melhorando assim a adesão dos usuários idosos ao Programa de Saúde do Idoso. O número de idosos aumento com o desenvolvimento da intervenção; em o primeiro mês 48 usuários idosos faltaram à consulta, no segundo mês faltaram 76 usuários e no terceiro mês 99 idosos. Todos receberam busca ativa pela equipe.

A população objeto de estudo geralmente tem uma conduta positiva e em presença de doenças procuram atendimento médico. No entanto, é difícil que procurem atendimento para procedimentos preventivos e de avaliação integral.

O monitoramento e avaliação semanal das ações realizadas pelos integrantes da equipe de saúde; a reprogramação de novas estratégias de acordo as dificuldades exibidas facilitou a busca ativa dos faltosos. Os faltosos as consultas programáticas foram procurados nas atividades de visita domiciliar na mesma semana para não ter usuários acumulados sem avaliação. Como atividades incorporadas à rotina de trabalho da UBS planejamos mudanças do horário dos expedientes, para garantir que os usuários pesquisados pelos ACS tenham opções para atendimento médico.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Melhorar o registro das informações e manter o registro específico de 100% das pessoas idosas foram objetivos e metas propostas na intervenção. Em todos os prontuários (100%) dos usuários anciãos cadastrados no programa de atenção à saúde do idoso em cada mês estão registradas as fichas espelhos com as informações em dia. Em cada um dos atendimentos é preenchida a ficha espelho, pois não existia antes da nossa intervenção.

Metas alcançadas pela disponibilidade de recursos garantidos, a capacitação dos profissionais da unidade de saúde e qualidade do planejamento das ações pela equipe.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

A proporção dos usuários idosos com Caderneta da Pessoa Idosa ao final da intervenção foi de 17,0% conforme apresenta a **Figura 17**. Ao término do primeiro mês de 100 usuários idosos cadastrados tenhamos 22 com caderneta (22,05%), no segundo mês de 174 usuários exibiam somente a caderneta 35 idosos (20,1%)

Nos dados relativos à intervenção identificamos como problema que a maioria dos usuários idosos não tinham caderneta de saúde da pessoa idosa, uma realidade prevista desde o início da intervenção pois, não existe disponibilidade da mesma no município. As cadernetas foram entregues há vários anos e quase todos os usuários já a extraviaram.

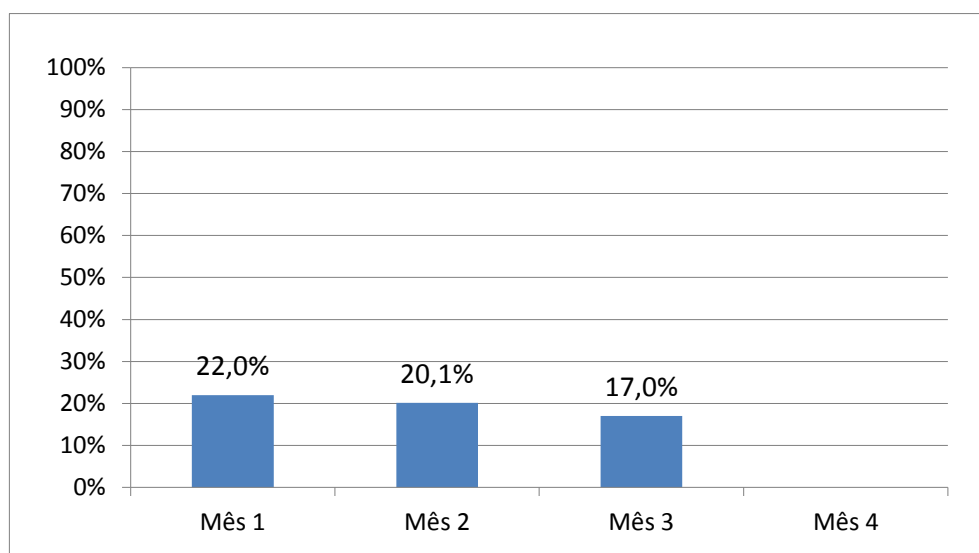


Figura 17 - Evolução mensal do indicador de proporção de usuários idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. UBS Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira – AM.

Relativos ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3. Avaliar a rede social familiar de 100% dos idosos.

Na totalidade dos 241 usuários cadastrados no programa (100%) realizamos, pela primeira vez, um mapeamento dos usuários idosos de risco na área de abrangência para avaliação de risco para morbimortalidade, assim como a avaliação para fragilização na velhice e avaliação de rede social familiar. Identificamos que 12,8% dos idosos são frágeis, e 94,5% dos usuários tem risco para morbimortalidade de acordo à classificação de Framingham. A avaliação da rede social familiar que predomina é moderadamente disfuncional 81,9%

Os usuários idosos identificados com risco são encaminhados para atendimento especializado de psicólogo, nutricionista ou pela equipe do NASF.

Nas atividades de avaliação aos usuários idosos oferecemos continuidade de atendimento aos senescentes com dificuldade da avaliação da rede familiar que necessitaram da intervenção da equipe do NASF. Igualmente a nutricionista ponderou usuários idoso avaliado de alto risco cardiovascular de acordo à avaliação multidimensional feita pela equipe.

As ações que facilitaram os resultados dos indicadores exibidos na intervenção significou importante a capacitação aos profissionais da UBS sobre o protocolo do MS, o monitoramento dos registros, a qualidade dos atendimentos oferecidos aos usuários pelos profissionais, as atividades de educação em saúde na unidade em diferentes espaços da comunidade.

Relativos ao objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Alcançamos o objetivo de promover saúde no 100% dos usuários idosos e as metas de oferecer na totalidade dos senescentes orientação nutricional para hábitos saudáveis (100%), orientação sobre prática de atividade física regular (100%) e orientação em cuidados de saúde bucal (100%) nas atividades planejadas.

As atividades de educação em temas de promoção e prevenção de saúde foram planejadas pelos diferentes profissionais de saúde da área e do município em todos os contatos com os usuários idosos. A coordenação das ações e bom planejamento permitiu ampliar as atividades educativas, as conversas com os usuários idosos na sala de espera da unidade de saúde, em relação aos cuidados da saúde nesta idade, a necessidade da avaliação multidireccional e identificação de riscos foram atividades educativas priorizadas.

4.2 Discussão

A realização da intervenção na unidade de saúde possibilitou um aumento de cobertura assim como uma maior qualificação das assistências aos usuários idosos. A intervenção exigiu que os profissionais da equipe de saúde recebessem capacitação para cumprir as indicações e protocolos estabelecidos pelo MS relativas ao programa de melhoria da saúde das pessoas idosas.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe de saúde em função de atingir os objetivos de trabalho e as metas propostas de melhorar a qualificação dos atendimentos na atenção básica. A coordenação e planejamento das atividades, assim como a definição das atribuições e funções de cada profissional foi necessária para atingir os resultados alcançados. Pelos ACS constituem atribuições a busca ativa dos usuários idosos, o cadastro, a atualização do dados cadastrais e das informações, assim como do encaminhamento destes usuários à UBS para a avaliação clínica. A recepção desses usuários é realizada pela recepcionista e o acolhimento prioritário de acordo à situação de saúde e da avaliação dos parâmetros clínicos estabelecidos para esta idade pela técnica de enfermagem. A avaliação clínica, multidimensional e das escalas pela enfermagem e médico; assim como as informações de educação em promoção de saúde por todos os profissionais da equipe. Em linhas gerais essas foram as atribuições de cada um dos integrantes da equipe durante a realização desse trabalho.

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço: a qualidade das atividades educativas sistemáticas, a educação em saúde dirigida ao

risco, a melhora da avaliação integral dos usuários, o melhor acolhimento e da atualização das informações da UBS.

A intervenção foi importante para o serviço pois, antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários idosos no serviço somente constituíam atendimentos clínicos concentrados na médica de acordo à situação de saúde apresentada pelos usuários. A intervenção permitiu iniciar na UBS o Programa de Saúde dos Idosos de acordo com as indicações e ações especificadas nos protocolos do MS melhorando a cobertura de atenção de um maior número de pessoas idosas.

Neste período foi viabilizado o acolhimento dos usuários idosos, assim como a otimização da agenda para a atenção apropriada destes indivíduos. A avaliação integral dos senescentes, avaliação clínica, avaliação multidimensional rápida, classificação de risco para morbimortalidade, avaliação para fragilização na velhice, avaliação odontológica demonstraram ser decisivas para avaliar, apoiar, priorizar e garantir o atendimento integral desses usuários.

As ações também fornecem as atividades de outros serviços de atenção aos usuários idosos com a participação dos profissionais do CAPS e o NASF.

A comunidade percebeu, reconhece e demonstra satisfação as ações realizadas pela equipe para melhorar o atendimento médico neste grupo etário mas, de forma geral, o impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, pois a terceira idade não é considerada prioridade pela própria população. O comportamento, educação sanitária, crenças e costumes desta população, em sua maioria indígena limitam a compreensão das ações realizadas pela equipe de saúde e da importância para a comunidade.

Apesar da ampliação da cobertura do programa e das informações à comunidade, ressalta um número de usuários idosos faltosos à consultas programáticas planejadas. Existem senescentes que não procuram atendimento e acolhimento frequente pela equipe. É importante significar que a população é muito instável na área e limita a continuidade das ações.

Se fosse realizar a intervenção neste momento, exigiria melhorar o comprometimento dos gestores do município e da UBS com os protocolos do MS e da necessidade de cumprir as mesmas em função de obter melhoras na atenção familiar e na cobertura de saúde da população.

A necessidade de existir apropriado funcionamento do conselho de saúde da comunidade, assim como de incluir de forma regular representantes da comunidade

nas decisões da UBS é uma prioridade no município. Faltou uma articulação com a comunidade para obter melhor respostas dos usuários e avaliar a satisfação das ações empreendidas pela equipe de saúde.

A intervenção já desde o início está incorporada à rotina do serviço da UBS. O trabalho empreendido pela equipe devia constituir atividade periódica nas ações de saúde da equipe, por isso desde o começo as diferentes ações planejadas não constituem sobre esforço ao trabalho diário dos profissionais. Foram inseridas com flexibilidade e melhor organização das atribuições dos profissionais para ser incorporada a rotina do serviço. Estas ações estabelecidas formam parte do trabalho do outro equipe de saúde. Desde o início da intervenção os profissionais desse equipe foram incorporados à capacitação do programa; permitindo assim que fora aplicado em toda a UBS. Os gestores das equipes planejaram de forma conjunta as atividades da investigação, assim como o monitoramento e cumprimento para garantir obter melhores resultados e dar cobertura à totalidade da população da área de abrangência da UBS.

A falta das Cadernetas de Saúde das pessoas Idosos prejudica a coleta de dados, além das fichas espelhos de cada usuário para coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto, e uma prioridade continuar solicitado as mesmas.

Atingir a total cobertura dos usuários idosos, a pesquisa continua e atualização das informações são os próximos passos para continuar melhorando a atenção à saúde dos usuários idosos no serviço.

Considerando os resultados das avaliações e escalas realizadas aos senescente constitui prioridade a apresentação aos gestores de saúde do município para o desenvolvimento de ações com participação inter setorial.

5 Relatório da intervenção para gestores

Aos gestores:

Em julho de 2014 iniciamos a realização da especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Com a especialização foi possível fazer uma reorganização no programa de atenção à saúde aos usuários idosos, que servirá de modelo para outras ações programáticas na equipe e na unidade assim como poderá servir para reorganizar o serviço de outras unidades de saúde em todo o município. O projeto intitulado Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Dr. Albino Couto foi realizado na cidade de São Gabriel da Cachoeira (AM), de abril a junho de 2015.

A realização com êxito da intervenção no Programa de Saúde do Idoso estabelece no município uma melhoria na cobertura da atenção à saúde das pessoas idosas; ao término da intervenção a cobertura do programa de atenção à saúde do idoso alcançou 97,2%. Dos 248 usuários idosos da equipe residentes na área de abrangência que frequentam o programa de saúde do idosos foram avaliados 241 usuários idosos (Figura 1).

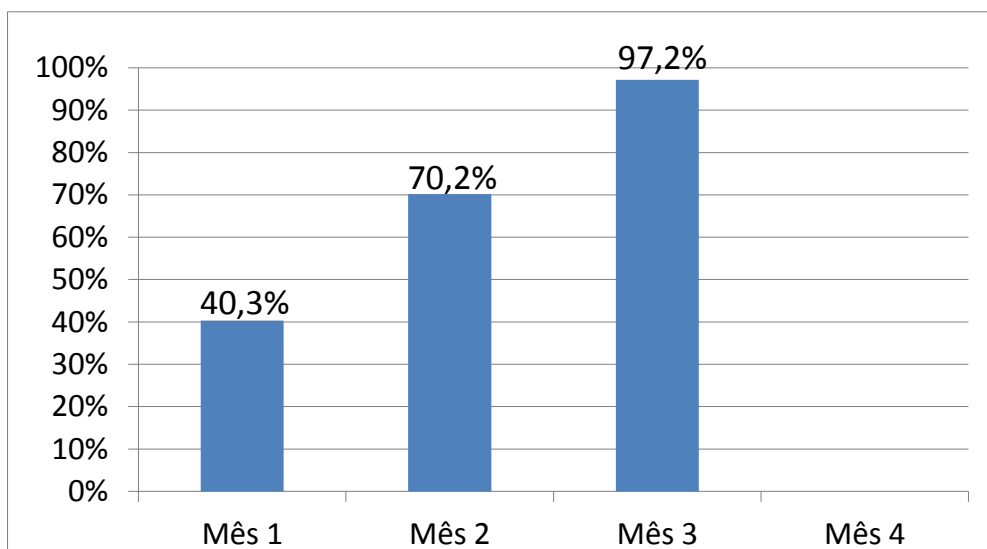


Figura 1 – Evolução mensal do indicador de cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso na unidade de saúde. UBS Dr. Albino Couto, São Gabriel da Cachoeira – AM.

Cumprimos com estimativas propostas em 100% em alguns dos indicadores: idosos com exame clínico apropriado em dia, idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados e com visita domiciliar em dia, idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, idosos hipertensos rastreados para diabetes, idosos faltosos que receberam busca ativa, idosos com registro na ficha espelho em dia, idosos com avaliação de risco de morbimortalidades em dia, idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia, avaliação da rede social em dia e idosos que receberam orientação para hábitos saudáveis, prática de atividade física regular e cuidados de saúde bucal.

Em outros indicadores alcançamos resultados em menor por cento: idosos hipertensos ou diabéticos com exames complementares periódicos em dia (64,4%) e idosos com avaliação de necessidades de atendimento odontológico (82,2%); existem dificuldades nos indicadores que tem relação com o atendimento odontológico (40,2% com primeira consulta odontológica programática em dia), assim como o número dos idosos com caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (17%).

Os serviços da unidade com o desenvolvimento da intervenção melhoraram a qualidade dos registros, cadastros e informações dos usuários idosos, porque um dos problemas que apresentava a unidade era o registro deficiente. Antes da intervenção o atendimento deste grupo etário realizava-se de forma somente assistencial, e inclusive com desconhecimentos dos procedimentos estabelecidos pelo protocolo do MS; omitindo que a atenção à saúde da pessoa idosa deve consistir em um processo

diagnóstico multidimensional. Com a intervenção a qualidade dos atendimentos na unidade de saúde também teve mudanças; se melhorou e flexibilizou a agenda para o acolhimento dos senescentes que procuram a unidade para o atendimento clínico. Os membros da equipe de saúde dispõe de importantes ferramentas para garantia de um acolhimento e a atenção humanizada. Melhorou a qualidade das visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção e para atingir os usuários idosos faltosos à consulta programática.

A concretização da intervenção após as dificuldades detectadas no atendimento integral das pessoas com 60 ou mais anos de idade pela equipe de saúde requereu a participação dos gestores do município. Foi importante desde o início o compromisso, o apoio dos gestores para viabilizar a implementação do trabalho, garantir os recursos indispensável para a cobertura da população objeto de estudo e adesão ao planejamento das ações propostas. A providencia de todas as fichas espelhos necessárias para a intervenção, a disponibilidade de recursos para as atividades educativas e para a distribuição à população, assim como a parceria com outros profissionais da secretaria de saúde. O maior desafio enfrentado na intervenção pelos gestores foi incorporar o conjunto de ações planejadas à rotina de trabalho da equipe e do município previa capacitação inicial e periódica recebida pelos profissionais e trabalhadores no Programa de Saúde do Idoso.

Neste momento os gestores da UBS e do município tem em suas mãos parâmetro identificados na intervenção que, associado a outros indicadores de saúde, podem ser utilizados para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções de saúde, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado no município para os usuários idosos; também essencial descrever os instrumentos adquiridas pelos profissionais para avaliar a rede social e familiar dos senescentes.

Os membros da equipe hoje estão capacitadas nas situações conflitivas enfrentadas nesses sistemas familiares com pessoas idosas, frequentemente identificada na população de abrangência. No trabalho da equipe de Saúde está aderido as ações coletivas, as atividades de grupo e as educativas para atuação nas dimensões de risco, biológicas, cultural e social. Os espaços da unidade de saúde são aproveitados para oferecer atividades de educação em saúde e levar à população informações que ajudam na adesão ao programa, tudo isso melhorou com certeza as ações e os indicadores que refletem na saúde da população idosa de nossa área. O

cronograma realizado das ações de educação em saúde dos usuários idosos em relação aos cuidados de saúde bucal, prática de atividade física regular e hábitos saudáveis nutricionais são atividades incorporadas de forma regular nas atividades dos profissionais.

As ações realizadas para a intervenção hoje são ampliadas a outros programas da saúde na unidade como, por exemplo, o atendimento à doenças crônicas, garantindo um melhor diagnóstico e controle das mesmas. Existem maior comprometimento na saúde dos usuários idosos, assim como melhor planejamento das ações dos usuários idosos com problemas de saúde identificados para atendimento com psicólogo, nutricionista ou pela equipe do NASF. Caberia refletir, entretanto, sobre o potencial transformador da equipe de saúde demonstrado com nossa intervenção, em alcançar os indicadores de saúde na atenção à saúde da população de idosos.

Apesar de todo o relacionado até o momento existem aspectos da gestão que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço e viabilizar a ampliação da intervenção e/ou a implementação de outras ações programáticas para melhores resultados.

É necessário para que as ações realizadas nesta intervenção sejam desenvolvidas de forma permanente e ampliadas para todos os usuários, cabe ao gestor municipal garantir a educação permanente e atualizada em relação à Saúde da Pessoa Idosa para todos as equipe da Atenção Básica/Saúde da Família e em todos os profissionais envolvidos na administração municipal. Deve garantir também a reprodução de forma regular dos instrumentos de avaliação aqui disponibilizados, melhor disponibilidade e planejamento dos exames laboratoriais, assim como garantir os recursos humanos necessários para o atendimento odontológico.

É necessário que exista um representante do Programa de Saúde do Idoso na secretaria de saúde que garante cumprir as atividades do protocolo, que realize avaliação frequente do programa e permita a coordenação das atividades do programa. Necessitasse que da Atenção Básica do município deve surgir um planejamento conjunto das ação para alcançar melhor desenvolvimento das mesmas, com melhores resultados; devesse desde este nível conseguir a participação e compromisso de outros representantes do governo municipal e finalmente considerar importante que se o município está melhor organizado , com sistematicidade do

trabalho e com a inclusão dos representantes da comunidade então as atividades e ações da intervenção serão mais efetivas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

À comunidade

Realizamos um projeto de intervenção durante 12 semanas na Unidade Básica de Saúde Dr. Albino Couto, em São Gabriel da Cachoeira/AM, sobre um dos programas com dificuldades na unidade e de importância para a saúde das pessoas idosos. O objetivo principal foi melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa na UBS com a participação da equipe de saúde de Areal para atingir os 248 usuários idosos da área de abrangência.

No atendimento das pessoas idosos na UBS, identificamos deficiências em relação ao número reduzido de usuários idosos acolhidos ao Programa de atenção à saúde do idoso, limitações e dificuldades no processo de acolhimento, avaliação clínica e integral, assim como do registro das informações. Com a investigação acolhamos 241 usuários idosos por todos os integrantes da equipe; foram cumpridas as ações previstas do cronograma do projeto: a capacitação inicial e periódica de todos os profissionais e trabalhadores da equipe no programa de saúde do idoso, a busca ativa e cadastro dos usuários idosos residentes na área de abrangência pelos os Agentes Comunitários de Saúde, o estabelecimento da prioridade no acolhimento dos usuários idosos em qualquer dia da semana, a programação na quinta-feira dos atendimentos programáticos aos anciãos, a avaliação de parâmetros clínicos em triagem pela técnica de enfermagem, o atendimento clínico e avaliação integral com a aplicação das escalas estabelecidas de cada usuário acolhido, a avaliação e aplicação de testes para identificar a rede social, a identificação dos riscos e

comprometimento na saúde assim como o encaminhamento dos usuários idosos com problemas de saúde identificados para atendimento com psicólogo, nutricionista ou pela equipe do NASF. Também foi cumprida o cronograma das ações de educação em saúde dos usuários idosos em relação aos cuidados de saúde bucal, prática de atividade física regular e hábitos saudáveis nutricionais; o aproveitamento de todos os cenários para a realização de ações de promoção e prevenção em consulta médica e nas visitas domiciliares, assim como palestras nas diferentes áreas foram atividades cumpridas de acordo ao cronograma.

Ao mesmo tempo realizamos com todos os profissionais envolvidos no projeto o monitoramento semanal das atividades cumpridas, avaliamos as dificuldades e as possíveis melhoras para o alcance dos objetivos planejados. Os cadernos dos ACS com suas anotações das pesquisas realizadas assim como o cadastro da população dos usuários idosos foi revisada.

A investigação dirigida a melhorar a saúde da população idosa na área de abrangência, alcançou dar cobertura no programa de atenção à saúde do idoso ao 97,2% dos usuários idosos; em cada um dos usuários idosos foi realizada pela primeira vez a avaliação da funcionalidade familiar e da rede social, importante também a planificação das visitas domiciliares efetuadas em todos os senescentes acamados ou com problema de locomoção que facilitou a avaliação de risco.

A comunidade recebeu ações de saúde educativas, aproveitando os cenários disponível. Estas ações foram dirigidas aos riscos identificados nas ações de avaliação dos parâmetros clínicos e da rede social; alcançando com maior êxito que as atividades de educação em saúde, de promoção e prevenção foram dirigidas em temas específicos de acordo à situação de saúde identificada na intervenção; pois com anterioridade as demandas educativas não eram identificadas. Oferecemos divulgação das orientações do Programa da Saúde do Idoso à comunidade aproveitando todas as estratégias educativas, assim anunciamos as atividades desenvolvida na unidade de saúde pelos diferentes profissionais e da necessidade de receber acolher todos os usuários idosos inclusive os não doentes, pois o atendimento na velhice não pode ser sinônimo de doença. Em resumo logramos com a intervenção que as atividades educativas estejam mais intimamente ligadas às prioridades da população, assim com maior unidade com as restantes atividades da equipe.

Tivemos a possibilidade de estabelecer parcerias com idosos e outras pessoas da comunidade que ajudaram em atingir os senescentes e facilitar que foram feitas

palestras em locais da comunidade. Demonstrando assim que a comunidade fixo parte da intervenção, ela auxilio na divulgação das atividades no bairro e das ações entre familiares, vizinhos, amizades, até colegas de trabalho. Identificamos como problemática estigmas negativos associados ao processo de envelhecimento relacionado com fortes costumes e crenças na população objeto de estudo, onde as representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença, limitações e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase. Inclui também as limitantes na mulher que os preconceitos limitam o atendimento à saúde.

Todas as ações realizadas na investigação forma parte já da rotina do serviço da UBS, afiançando benefícios para a comunidade em função de obter melhores resultados na qualidade da atenção à saúde dos usuários idosos e também melhor satisfação da população.

Certamente na realização da intervenção identificamos aspectos dependentes da comunidade que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço e viabilizar a ampliação da intervenção. Não existe representante da comunidade no conselho local de saúde; o que determina que a comunidade não integra o grupo de planejamento, gestão e coordenação das ações de saúde da área e do município. É necessário então reforçar a aliança com a comunidade desenvolvendo o engajamento Público; é prioritário incorporar um membro da comunidade na toma de decisões e organização dos serviços de saúde, de forma que garantisse qualidade, masividade, atendimento integral, descentralização e participação da comunidade com responsabilidade. Considere se que estas limitações são ferramentas de trabalho para garantir a validade dos serviços na atenção médica primária de saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Inicialmente depois de ler todas as orientações e etapas planejadas do curso de especialização, o programa, o projeto pedagógico as guias do especializando, considero que o curso seria muito extraordinário e necessário, tendo como expectativa conhecer melhor o funcionamento do SUS, e levar os conhecimentos adquiridos a nosso atuar diário em nossos postos de trabalho com os usuários, com o objetivo de conseguir melhorar os indicadores de saúde brasileiros em programas como o materno infantil, doenças crônicas não transmissível e doenças transmissível que tanto afeitam à população. Apesar de nossa preparação científica e técnica na medicina familiar, era necessário aprofundar nas características da situação de saúde do país e nos protocolos de atendimento específicos estabelecidos pelo SUS.

Mas para o desenvolvimento do curso enfrentávamos insegurança em alcançar os objetivos do mesmo em primeiro lugar pelas dificuldades do idioma, assim como pelas limitações para cumprir as atividades planejadas. O caráter rígido das formas de organização do curso, sem considerar ubiquação geográfica dos educandos, dificuldades para o acesso à internet, as deficiências para a participação em debates em fórum de saúde, ou as limitações para assistir vídeos foram alguns dos problemas apresentados e que em muitas ocasiões a participação se deu de forma mais intensa em alguns momentos e até desmotivaram a continuidade do curso.

Ao longo deste trabalho se procurou apresentar as dificuldades na atenção à saúde da população dos idosos, apresentando ações fundamentais para melhorar o atendimento. Para a elaboração deste estudo procurou se recolher todas as informações sobre o planejamento do problema que foram incorporadas desde as

unidades iniciais do curso da especialização. Desde a unidade de ambientação e demais unidades o curso vá preparando ao profissional para a identificação da situação de saúde onde labora, aprofundar nas características e estrutura da unidade de saúde, os processos que em ela acontecem, as responsabilidades dos profissionais, a confecção e interpretação das análises situacionais, a definição e motivação pelo foco de intervenção, e as ações para o desenvolvimento do projeto. Todas estas atividades sem esquecer o desenvolvimento de atividades científicas no fórum de prática clínica, que de forma prática enriquece nossa preparação clínica e epidemiológica.

O curso permitiu sem dúvidas uma melhor apreensão das dificuldades na atenção aos usuários na unidade de saúde, e o planejamento de ações para reverter as mesmas com a participação de todos os membros da equipe de saúde, com o apoio de outros profissionais e da comunidade. Foi melhor a organização e planejamento do processo de trabalho da unidade, discussão na reunião mensal das agendas de cada profissional deixando flexibilidade e não fixa como foi antes; avaliar os indicadores da unidade e monitoramento das ações realizadas pela equipe.

Não foi tarefa fácil no trabalho, pois afrontamos muitas vezes: o desconhecimento, a falta de unidade, os costumes e a falta de monitoramento. Somente com as preparatórias nas diretrizes e protocolos disponibilizados pelo curso e pelo ministério, assim como pelo monitoramento em equipe no decorrer do tempo foi significativo as mudanças positivas na ampliação e capacitação da função da equipe de saúde para auxiliar aos senescentes e membros familiares, a adesão às ações coletivas, as atividades de grupo e as atividades educativas para atuação nas dimensões de risco, biológicas, cultural e social da população. Finalmente caberia refletir, entretanto, sobre o potencial transformador da equipe de saúde demonstrado com nossa intervenção, em alcançar os indicadores de saúde em a atenção à saúde da população de idosos. Representa uma nova concepção de trabalho na UBS, uma nova forma de vínculo entre os membros da equipe, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso integral destas ações; assim como uma maior impacto na atenção da saúde, não somente dos usuários idosos sino da população toda da atenção primária. Acredito que com nosso trabalho em equipe logramos melhor atendimento integral à saúde da população na área de abrangência; melhor engajamento público baseado nos princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade social, onde a saúde é um direito de todos. Acho que também

logramos engajar a outros profissionais, os gestores como uma componente fundamental e a população toda, colocando em pratica a educação em saúde como a concepção a seguir para lograr a participação e controle social e a criação de espaços de encontros entre a equipe de saúde e a população.

Ao final deste trabalho foi ficando evidente a necessidade de maior envolvimento de todos os setores da sociedade na construção de um envelhecimento saudável, pelo impacto sobre as futuras políticas de saúde. Este trabalho com certeza não é o fim do estudo, e desta temática; existem muitas questões identificadas na avaliação dos usuários idosos que tem que ser resolvidas; outras tem que ser exploradas, discutidas e afrontadas pela equipe. A pesquisa continua e deve ser mantida, visto que o envelhecimento da população é um tema que precisa estar permanentemente na pauta de discussões e planejamento de ações.

Referências

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2013/>> Acesso em: 22 Set. 2014.

Instituto Socioambiental (ISA). Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. Disponível em: <<http://www.institutocarbonobrasil.org.br>> Acesso em: 22 Set. 2014.

Brasil. Ministério da saúde. Portaria GM no.2.528 de 19 de outubro de 2006 – Política nacional de saúde da pessoa Idosa – PNSI. 2006

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à saúde. Departamento de Atenção básica. Caderno de Atenção Básica. N.19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. – 1. ed. Brasília, 2013. 192p.

Callucci C. População idosa vai triplicar nos próximos 20 anos. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432528-populacao-idosa-vai-triplicar-nos-proximos-20-anos.shtml>> Acesso em: 14 Out. 2014

Farid J. População idosa do Brasil é de 21 milhões de pessoas. Disponível em: <<http://m.estadao.com.br/noticias/economia,populacao-idosa-do-brasil-e-de-21-milhoes-de-pessoas-diz-ibge,448382,0.htm>> Acesso em: 14 out. 2014

Yao; Diojo Mj. Atendimento domiciliar; um enfoque odontológico: Atheneu. 2000.

Brasil. Encontro Ibero-Americano sobre Direitos Humanos das Pessoas Idosas. Secretaria do Direitos Humano da Presidência da República. Publicado por Portal Brasil. Acesso em: 1 out. 2013.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

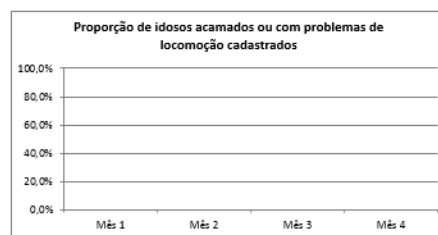
|  UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | |
|---|----------------------------|
| OF. 15/12 | Pelotas, 08 de março 2012. |
| Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa | |
| <i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i> | |
| Prezada Pesquisadora; | |
| Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. | |
|  Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL | |

Anexo B - Planilha de coleta de dados

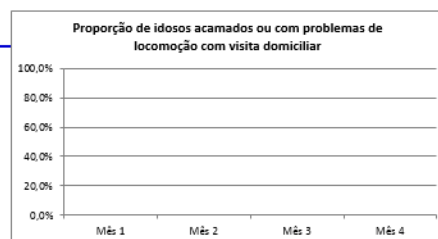
| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PÁGINA 1 | | | | | PÁGINA 2 | | | | |
| Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área | | | | | OBSERVAÇÕES | | | | |
| | | | | | Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20. | | | | |
| PÁGINA 1 | | | | | PÁGINA 2 | | | | |
| Número total de idosos residentes na área e acompanhados no programa de Saúde do Idoso | | | | | OBSERVAÇÕES | | | | |
| | | | | | Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (F&A) ou Livro de registro dos atendimentos. | | | | |
| Número total de idosos residentes na área que estão acamados | | | | | OBSERVAÇÕES | | | | |
| | | | | | Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de digitá-la. | | | | |
| *Estimativa de idosos no território | | | | | | | | | |
| População total | | | | | Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores. | | | | |
| Estimativa de idosos (10% da população total) | | | | | Este seria o número total estimado de idosos residentes no território, utilizado para os indicadores. Utilizou-se uma estimativa de 10% da população total da área. | | | | |
| Estimativa de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção (8% dos idosos) | | | | | Este seria o número estimado de idosos residentes no território acamados ou com dificuldade de locomoção. Utilizou-se uma estimativa de 8% da população de idosos. Ele será utilizado como denominador para o indicador 2.5. | | | | |

| INDICADORES (%) | | | | | |
|-----------------|---|---------|---------|---------|---------|
| 1.1 | Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
| | Numerador: número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Denominador: Número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | |
| 2.1 | Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
| | Numerador: Número de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | |
| 2.3 | Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
| | Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Denominador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | |
| 2.4 | Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
| | Numerador: Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | |

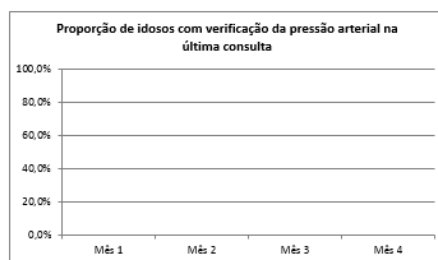
| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|--|---------|---------|---------|---------|
| 2.5 | Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção cadastrados | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área de abrangência da unidade de saúde | 0 | 0 | 0 | 0 |



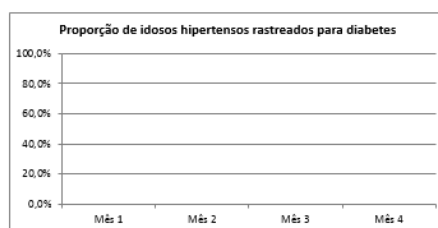
| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|---|---------|---------|---------|---------|
| 2.6 | Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa acamados ou com problemas de locomoção | 0 | 0 | 0 | 0 |



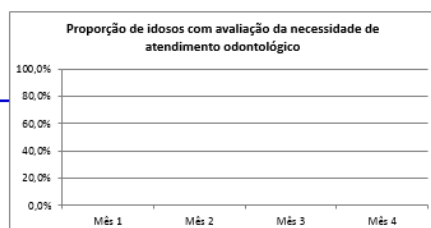
| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|---|---------|---------|---------|---------|
| 2.7 | Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos com a verificação da pressão arterial na última consulta | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa | 0 | 0 | 0 | 0 |



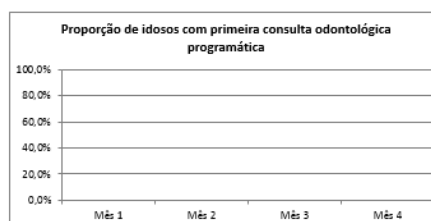
| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|---|---------|---------|---------|---------|
| 2.8 | Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão | 0 | 0 | 0 | 0 |



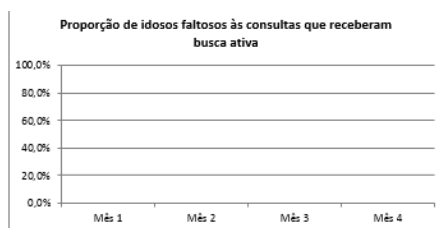
| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|---|---------|---------|---------|---------|
| 2.9 | Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa | 0 | 0 | 0 | 0 |



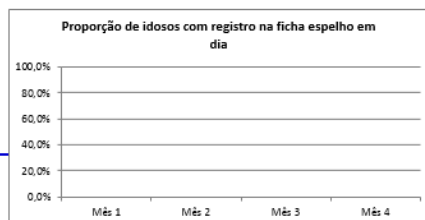
| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|------|---|---------|---------|---------|---------|
| 2.10 | Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programática | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Numerador: Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa | 0 | 0 | 0 | 0 |



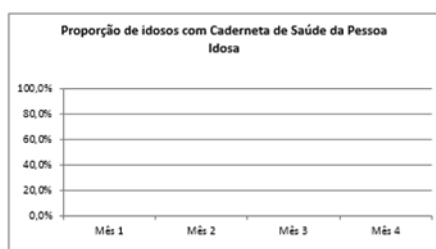
| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|---|---------|---------|---------|---------|
| 3.1 | Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos faltosos às consultas | 0 | 0 | 0 | 0 |



| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|--|---------|---------|---------|---------|
| 4.1 | Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos com registro na ficha espelho em dia | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa | 0 | 0 | 0 | 0 |



| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|--|---------|---------|---------|---------|
| 4.2 | Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa | 0 | 0 | 0 | 0 |



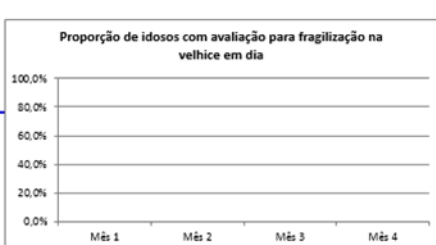
Página 5

| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|--|---------|---------|---------|---------|
| 5.1 | Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa | 0 | 0 | 0 | 0 |



Página 12

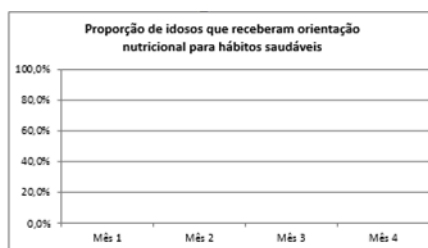
| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|--|---------|---------|---------|---------|
| 5.2 | Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos com avaliação de fragilização na velhice | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa | 0 | 0 | 0 | 0 |



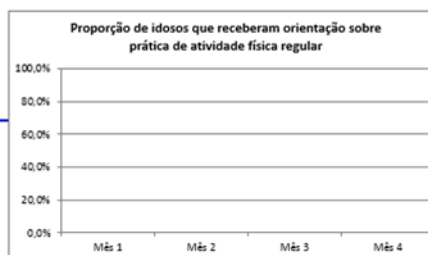
| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|---|---------|---------|---------|---------|
| 5.3 | Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social em dia | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa | 0 | 0 | 0 | 0 |



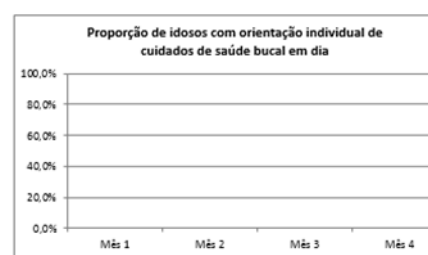
| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|---|---------|---------|---------|---------|
| 6.1 | Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa | 0 | 0 | 0 | 0 |



| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|---|---------|---------|---------|---------|
| 6.2 | Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos que receberam orientação para realização de atividade física | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos cadastrados no Programa | 0 | 0 | 0 | 0 |



| | | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----|---|---------|---------|---------|---------|
| 6.3 | Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | Numerador: Número de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Denominador: Número de idosos com primeira consulta odontológica programática | 0 | 0 | 0 | 0 |



[illegible]

UFPEL

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão à disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante